Ю.Г. Тюльпин

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебная литература
для студентов
медицинских
вузов



ТЮЛЬПИН
Юрий Геннадьевич

канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Закончил данный вуз в 1983 г. В дальнейшем занимался клинической и научной деятельностью, выполнил ряд научных работ в области лечения алкогольной зависимости, фармакологической и нелекарственной терапии психических расстройств, диагностики органических заболеваний. Имеет опыт коррекции психических нарушений у детей. С 1991 г. основное время посвящает преподавательской работе, читает курс лекций по психиатрии и медицинской психологии. Был основным разработчиком типовых учебных программ по медицинской психологии и психиатрии, действующих в РФ. Особое внимание уделяет внедрению новых технологий в преподавание. Разработал оригинальную программу компьютерного тестирования знаний учащихся. Автор учебных видеофильмов по психиатрии. Опубликовал ряд работ по совершенствованию методик преподавания. Ранее в издательстве «Медицина» вышли его совместно с Н. М. Жариковым учебники по психиатрии для студентов медицинских вузов и учащихся медицинских училищ.

Учебная литература
для студентов медицинских вузов

Ю.Г.Тюльпин

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Рекомендуется Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов



Москва
"Медицина"
2004

УДК 61:159.9(075.8)
ББК 88.4
Т 98

Рецензент *Н. Д. Творогова* — доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой педагогики и медицинской психологии.

Тюльпин Ю. Г.
Т 98 Медицинская психология: Учебник.— М.: Медицина, 2004.— 320 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).— ISBN 5-225-04308-9

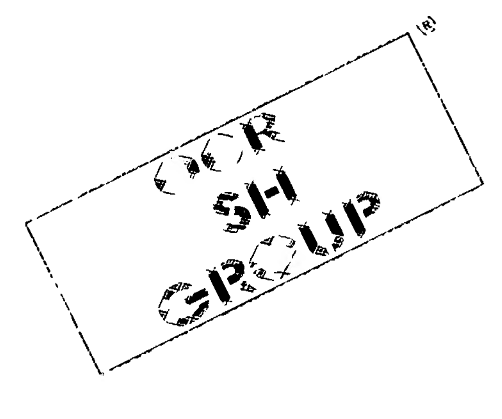
В учебнике подробно рассмотрены психологические проблемы, возникающие в медицинской практике. Исключительно практическая направленность книги позволяет найти ответы на различные вопросы, связанные с диагностикой, лечением и реабилитацией пациентов. Обсуждаются психогигиена медицинской деятельности, профилактика психологических срывов у медицинских работников. В специальных разделах отражены проблемы, возникающие при работе с пациентами разного возраста, больными с неизлечимыми заболеваниями и находящимися в терминальном состоянии. Каждая из ситуаций анализируется с различных позиций с учетом существующих в настоящее время направлений психологии. Теоретический материал ограничен теми вопросами, которые имеют наибольшее практическое значение и важны для понимания материала книги. Особенно подробно описаны диагностика личности, природа межличностных и внутриличностных конфликтов, индивидуальные механизмы преодоления стресса. Отдельные главы посвящены психосоматическим заболеваниям и понятию «внутренняя картина болезни»

Для студентов старших курсов медицинских вузов, а также для всех практикующих врачей, стремящихся к совершенствованию своего клинического мастерства.

ББК 88.4

ISBN 5-225-04308-9

ОГЛАВЛЕНИЕ


OCR
SH
GROUP

ПРЕДИСЛОВИЕ

Несмотря на то что психология преподается в медицинских вузах уже примерно 40 лет, споры относительно того, какие именно психологические знания необходимы в практической работе врача, продолжаются до сих пор. Очевидно, что за короткий период обучения студенты медицинских вузов не могут получить достаточно полного представления об этой фундаментальной гуманитарной дисциплине, содержание которой существенно отличается от большинства изучаемых ими естественных наук. Понятно желание отобрать для преподавания только те вопросы, которые имеют явную практическую значимость для врачей самых различных специальностей. Вместе с тем лишенные теоретической базы психологические рекомендации могут быть неправильно восприняты студентами, что приведет к профессиональным и деонтологическим ошибкам.

Продолжается дискуссия и относительно того, какие специалисты должны преподавать медицинскую психологию в вузе. Понятно, что наиболее полное представление о психологии имеют специалисты с университетским психологическим образованием. Однако они, как правило, мало знакомы с конкретными практическими проблемами, возникающими в ежедневной работе врача. В клинической практике так сложилось, что основным консультантом в сложных психологических ситуациях становится врач-психиатр. Такая практика, естественно, не является идеальной, однако нельзя не ценить тот психологический опыт, который накоплен психиатрами в области медицинской психологии. Вызывают уважение отечественные и зарубежные работы по медицинской психологии, большинство из которых было написано психиатрами. Вместе с тем мы понимаем, что при отборе необходимых сведений для учебника психиатру трудно избежать некоторой эклектичности и противоречивости.

Частично описанное выше противоречие обусловливает разделение курса психологии на общую и специальную часть. При написании данного учебника мы исходили из того, что большинство общих вопросов психологии (процессы восприятия, памяти, мышления, чувства и сознание) уже были изучены студентами в курсе общей психологии на младших курсах вуза или в программе средней школы. Таким образом, круг теоретических вопросов, необходимых для врача-клинициста, мы ограничили только теми понятиями, без которых полноценное усвоение предлагаемого материала невозможно.

Центральными в формировании тактики врача мы считаем понятия личности, внутриличностного конфликта и межличностной коммуникации. Изучение разнообразия характеров и темпераментов позволяет врачу отказаться от стандартных приемов в общении с больными. Очень важным мы считаем также понимание того, что сам медицинский работник наделен личностными особенностями, которые могут помогать или мешать ему в его профессиональной деятельности. Разумный анализ собственной личности помогает врачу лучше справляться со стрессовыми ситуациями на работе и дома, а значит, лучше выполнять профессиональные обязанности.

Важная задача преподавания медицинской психологии — это формирование гуманного отношения к пациентам с самыми различными типами характеров и терпимости к неожиданным и нестандартным поступкам больных. В этом мы видим основной смысл такой гуманной деятельности, какой является врачевание. В связи с этим при описании различных типов личности мы в первую очередь старались подчеркнуть сильные их стороны, достоинства и таланты, особые способности адаптации в нестандартных ситуациях. Знание этих достоинств позволит врачу избежать конфликтов, выбрать оптимальную тактику, создать истинно партнерские отношения с пациентом.

Студента-медика, воспитанного на изучении таких наук, как биология, химия, физика, могут разочаровать нечеткость и противоречивость некоторых психологических концепций, существование взаимоисключающих взглядов на один и тот же предмет. Стремясь к постижению истины, мы все же должны понимать, что психика человека — основной предмет изучения психологии — не является материальным объектом. Все, что мы знаем о психике,— это продукт человеческого сознания, выраженный в теориях, концепциях, гипотезах. На практике невозможно получить доказательства, чье представление о структуре личности является верным, потому что в материальном мире структура личности не существует. Однако мы можем оценить практическую пользу каждой из предлагаемых концепций, применяя их в ежедневной работе, поэтому учебник представляет весь спектр существующих мнений по одному и тому же вопросу. Автор не является исключительным приверженцем какой-либо одной психологической концепции и считает, что каждое из направлений в психологии может стать источником полезной информации и психотерапевтического опыта.

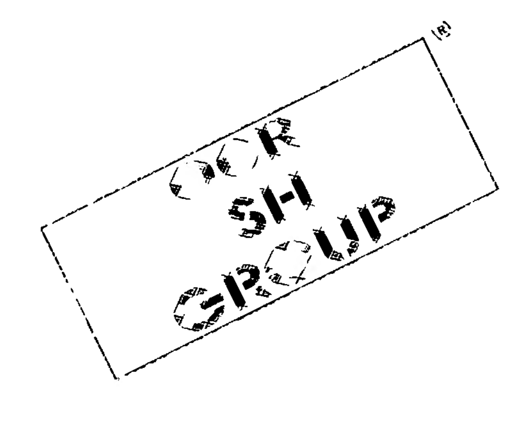
Психотерапия является важнейшим инструментом реализации психологических знаний, поэтому в учебнике ей уделено особое внимание. Однако практикующий врач, как правило, не имеет времени для проведения полноценного курса психотерапевтического лечения. Большинство методик психотера-

пии требует длительного обучения и практического освоения, поэтому мы не ставим целью подробно описать все методы психотерапии, но обращаем внимание на важнейшие приемы психотерапии, которые сами по себе могут быть полезны в ежедневной работе врача. Не следует также забывать, что врачи в отличие от психологов имеют право использовать мощные средства влияния на психическое состояние пациента — лекарства с психотропным действием. Хотя злоупотребление этими средствами может нанести вред, но и отказ от их использования в некоторых случаях лишает человека единственной возможности сохранить душевное равновесие, преодолеть те испытания, которые выпадают на долю больного и его родственников.

Наряду с общими вопросами медицинской психологии мы постарались обсудить некоторые частные ситуации, вызывающие психологические трудности (отказ от лечения, смертельно опасные заболевания, симуляция, тревога, боль и пр.). Даже в этих частных случаях предлагаемые рекомендации не могут быть использованы в точности так, как они изложены в учебнике. Мы надеемся, что учащиеся смогут в своей практической деятельности проявить гибкость и постараются найти наилучшее соответствие между общими рекомендациями и конкретной ситуацией.

В любом случае успех в преодолении психологических проблем невозможен без стремления найти наилучшее решение, а также без собственного практического опыта и анализа совершенных ошибок. Мы надеемся, что учащиеся воспользуются предлагаемыми списками рекомендуемой литературы для того, чтобы больше узнать о заинтересовавших их темах, а также постараются на практике применить то, что они сочтут полезным.

Ю. Г. Тюльпин



Глава 1 ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Медицинскую психологию нельзя рассматривать как самостоятельную науку, поскольку ее предметом, также как и предметом общей психологии, являются психическая жизнь отдельного человека и закономерности межличностного общения. Медицинская психология использует понятийный аппарат и набор методов общей психологии для решения конкретных задач, возникающих в процессе оказания медицинской помощи. Знание этих задач позволяет полнее использовать предлагаемую информацию, увидеть в сухих теоретических утверждениях конкретный практический смысл, оптимальные пути разрешения конфликтов и преодоления стресса.

По своим задачам медицинская психология решительно отличается от такой чисто врачебной науки, как психиатрия. Если психиатрия нацелена на выявление патологических форм реагирования и их лечение, то психология анализирует поведение психически здоровых людей в ситуации болезни и врачебной деятельности. Владение основами психологии позволяет увидеть общие для всех людей психические реакции. Такой подход позволяет преодолеть неприятие чужой точки зрения и сформировать чувство доверия между врачом и больным.

Предназначение медицинской психологии совпадает с целью медицины в целом — это стремление к состоянию здоровья, которое означает не только физиологическое, но и психологическое благополучие. Неудовлетворенность результатами лечения сигнализирует о нездоровье, даже в том случае, если врач не находит объективных признаков болезни. Эта неудовлетворенность заставляет пациента вновь и вновь обращаться к врачам, использовать различные (иногда сомнительные) советы, испытывать на себе лекарства и лечебные методы, которые могут оказаться не только бесполезными, но и вредными.

Психологические знания могут быть использованы в медицине для:

- диагностики психосоматических и соматоформных расстройств
- экспертизы в случае намеренного сокрытия истины
- прогнозирования поведения больного в условиях обследования и лечения
- вовлечения больного и его родственников в лечебный процесс

- формирования доверия к врачу путем повышения его авторитета
- преодоления психологического стресса у самих медицинских работников
- формирования благоприятного рабочего климата в медицинском коллективе
- психотерапевтического лечения соматических и психических расстройств
- облегчения страданий, обусловленных болезнью, у пациента и его родственников

На первый взгляд успех лечения в большей степени зависит от специальных профессиональных знаний и умений врача, чем от его психологической подготовки. Однако психологическая неграмотность может помешать даже самому знающему клиницисту применить свой опыт на практике.

Так, уже на *этапе диагностики* врачу постоянно приходится сталкиваться как с невольным, так и с намеренным искажением реальных фактов, осторожностью пациента или его предубеждением. Психологически правильно построенная беседа помогает не только обнаружить целенаправленный обман, но и выявить скрытые психологические мотивы возникновения болезни, без знания которых невозможно достичь выздоровления. Большую трудность представляет диагностика так называемых соматоформных расстройств, т. е. психических заболеваний, проявляющихся исключительно соматическими жалобами (маскированной депрессии, истерии, ипохондрии). В любом случае правильный диагноз — это залог успешности как психотерапии, так и лекарственного лечения.

Составляя план обследования и лечения, важно учитывать особенности ситуации и личности пациента с тем, чтобы отклонить те задачи, решить которые будет невозможно или чрезвычайно трудно. Можно быть уверенным, что некоторые методики лечения, требующие особой аккуратности и выносливости, подойдут не любому пациенту. Так, рекомендуемые врачами диеты и комплексы упражнений в большинстве случаев не выполняются. В таком случае врачи обманывают себя, ожидая выздоровления пациентов после назначенного ими курса лечения. Это не позволяет им использовать другие тактики лечения и профилактики (лекарства, оперативное вмешательство и пр.). Знание особенностей личности пациента позволяет *прогнозировать* его поведение в лечебной ситуации и предложить такую тактику, которая будет не только патогенетически обоснованной, но и выполнимой.

Врачу приходится работать в условиях острой конкуренции мнений. Заболевший человек получает невероятное количество советов от родственников, соседей, коллег, на страницах популярных журналов, из телепередач, от целителей-непро-

фессионалов. Обращаясь к врачам, он сталкивается с отсутствием единства во мнениях различных специалистов. Поэтому врач-профессионал должен позаботиться о том, чтобы его точка зрения была наиболее привлекательной, спасла пациента от некомпетентности обывателей. Врач, который обижается на пациента за то, что тот отвергает его советы, вероятнее всего, не замечает своей психологической некомпетентности. Он недостаточно заботится о том, чтобы его мнение было преподнесено больным в наиболее выгодной форме, а значит, недостаточно профессионален. Часто для того, чтобы склонить пациента на свою сторону, приходится призывать в союзники его родных. Если же родственники выступают как противники врача, рассчитывать на успех лечения не приходится.

В последнее время много говорят о коммерческой эффективности медицины. Применение психологических приемов позволяет повысить авторитет официальной медицины, привлечь средства пациентов на поддержание тех лечебных учреждений, которые оказывают реальную помощь в борьбе с заболеванием. Отказ же от применения психологии может привести к тому, что самые лучшие больницы будут лишены средств для своей работы, проиграют в конкурентной борьбе с непрофессиональными и некомпетентными, но психологически одаренными практиками.

Доверие пациентов не возникает мгновенно, *создание привлекательного образа врача* и сохранение его авторитета — это длительный процесс, который можно сравнить с технологиями создания выгодного имиджа политика. Приходится учитывать и внешний вид, и одежду, и обстановку кабинета, и мимику, и интонацию. Профессионалу хотелось бы, чтобы больные оценивали его по результатам работы, по количеству выздоровевших, по низкой частоте осложнений, однако эта информация в большинстве случаев недоступна пациентам. При создании благоприятного имиджа многие люди пытаются обмануть окружающих, скрывая свои недостатки. В большинстве случаев такой обман бывает быстро раскрыт и маска больше не спасает их от осуждения. Гораздо полезнее уметь использовать свои достоинства, высветить все грани своего таланта, найти наилучшее место для приложения своих сил.

Привлекательность образа врача во многом зависит от его физического и душевного благополучия. Не случайно появилась крылатая фраза «Врач, излечи себя сам!». Многие специалисты признают чрезвычайную напряженность врачебной деятельности, высокую вероятность стресса. Нередко в состоянии душевного дискомфорта врач пытается использовать свою профессиональную деятельность для того, чтобы решить свои собственные психологические проблемы, уйти от одиночества, побороть в себе комплексы вины и неполноценности. В этом случае интересы больного отступают на второй план.

Неудивительно, что предпринимаемые усилия вылечить пациента не приводят к успеху. Владение техниками психологической разгрузки, умение анализировать свои чувства уберегут врача от подобных ситуаций, помогут ему действовать зрело и разумно.

Врач практически никогда не может помочь больному без своих коллег. Успех лечения зависит от участия медсестер, сиделок, санитаров, лаборантов, регистраторов, врачей-ассистентов, консультантов, фармацевтов и пр. В этих условиях сохранение *благоприятного психологического климата в коллективе* становится необходимым условием эффективности лечения. Конфликты, недоверие, пассивное сопротивление со стороны коллег часто бывают результатом неудачного стиля общения, психологической некомпетентности. Стремление разрешить конфликты, найти компромисс всегда вознаграждаются не только уважением, но и поддержкой, которая так необходима для работы.

Важнейший психологический инструмент врача — это психотерапия. Ни у кого не вызывает сомнения, что психотерапия полезна для лечения психического дискомфорта. Однако не следует забывать, что и при соматических заболеваниях психотерапия часто оказывается полезной и эффективной. Так, многие функциональные нарушения (одышка, сердцебиение, дискинезии внутренних органов, колебания артериального давления) могут быть излечены с помощью психотерапии. При органических соматических заболеваниях психотерапия может облегчить страдания пациента. На высокую роль психотерапии указывает тот факт, что при назначении плацебо («пустышки») не менее 20 % пациентов с самыми различными соматическими заболеваниями испытывают выраженное облегчение, а часто и реальное улучшение состояния.

Хотя большинство врачей согласны с тем, что психотерапия может быть полезна их пациентам, не все они готовы самостоятельно применять элементы психотерапии в своей ежедневной практике. Занятость, неуверенность в своих силах, чувство некомпетентности заставляют врачей направлять больных к специалисту-психотерапевту. Такой подход возможен, но часто не лишен недостатков. Направление к психотерапевту часто рождает в пациенте ложное чувство собственной психической неполноценности, вызывает страх, что специалист распознает в жалобах больного признаки психической болезни. Если пациент уверен в том, что его болезнь имеет явный физический субстрат, то слова специалиста, далекого от соматической медицины, скорее всего, покажутся ему легковесными, далекими от целей его пребывания в больнице. Все это приводит к мысли о том, что наиболее эффективной может быть психотерапия, проводимая самим леча-

щим врачом, поскольку он пользуется наибольшим доверием пациента.

К сожалению, болезни, которые можно полностью преодолеть, встречаются в медицинской практике не так часто. Подавляющее число пациентов на приеме у самых различных врачей — это люди с хроническими неизлечимыми заболеваниями. Лишь некоторые из них могут рассчитывать на формирование ремиссии, многие поддерживают благополучие путем постоянного приема лекарств, а часть больных должны свыкаться с тяжелыми последствиями болезни, которые невозможно преодолеть. Ежедневно врач должен выслушивать пациентов с утратой физической работоспособности, зрения, памяти, хронической болью. Отказать таким пациентам в помощи на том основании, что их болезнь неизлечима,— значит нарушить основной гуманный принцип медицины «Не навреди!». Врачи часто забывают, что, даже не вылечив заболевание, они могут существенно улучшить качество жизни пациента, настроив его на реабилитацию, избавив от боли, страха и депрессии, поддержав в трудную минуту приближения смерти.

Приходится сделать вывод, что психология для врача становится не факультативной дисциплиной, а важнейшей составляющей его ежедневной работы, от успеха которой непосредственно зависят результат лечения, благополучие всех участников лечебного процесса, в то время как пренебрежение ею сводит на нет самые искренние намерения помочь пациенту и вернуть ему здоровье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Карвасарский Б. Д. Медицинская психология.— Л.: Медицина, 1982.
Кирпиченко А. А., Ладик Б. Б., Пашков А. А. Основы медицинской психологии.— Минск: Выш. шк., 2001.— 144 с.
Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине.— Прага, 1983.
Кречмер Э. Медицинская психология.— М.: Педагогика-Пресс, 1995.— С. 5—328.
Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология.— М., 1984.
Лакосина Н. Д., Сергеев И. М., Панкова О. Ф. Клиническая психология.— М.: МЕД-пресс-информ, 2003.
Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию.— М., 2000.
Творогова Н. Д. Психология.— М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.
Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными.— Будапешт, 1988.

Глава 2 ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОЛОГИИ

Стремление понять душу человека родилось, вероятно, вместе с возникновением сознания. Философы с древности до наших дней пытаются постичь природу психической жизни. Интересно, что наибольшей жизнеспособностью отличились идеи не философов, а знаменитого врача Гиппократа, классификация темпераментов которого применяется повсеместно до сих пор. Хотя современная психология опирается на смелые предположения ученых древности, средневековья, ренессанса и нового времени, действительный расцвет этой науки пришелся на XX в. Концепции знаменитых психологов XX в. не только определили развитие этой науки, но и повлияли на мировую культуру. Психология привлекла внимание всех слоев общества, стала любимым объектом изучения, а иногда и спекуляции.

В настоящее время научная психология не существует в виде какой-либо одной базовой концепции, поскольку ни одна из предлагаемых моделей человеческой психики и ее взаимоотношений с обществом не позволяет получить удовлетворительные ответы на важнейшие вопросы психологии. Высказываемые точки зрения порой противоположны. Эксперименты, которые подтверждают точку зрения одних исследователей, оспариваются другими. Некоторые ученые вообще отвергают возможность экспериментальной проверки своей концепции, полагая, что в материальном мире нет инструмента для измерения идеального объекта.

Основные методологические вопросы, которые вызывают наибольшие разногласия между различными школами психологии:

- Что определяет психические функции: биологическая природа человека или его социальное окружение?
- Что движет человеком: сознание и неосознаваемые влечения?
- Возможно ли выделение отдельных элементов психики (черт, свойств, структур) или психику следует рассматривать только как целое?
- К чему стремится человек: к сохранению равновесия или к поиску нового?
- Что определяет поведение человека: действующие на него стимулы или его собственные планы на будущее?
- Жестко ли определена условиями существования жизнь человека или он является свободным творцом своей судьбы?

- Похожи ли друг на друга все люди или каждый из них уникален?

Вместе с тем к настоящему времени в психологии сформировалось несколько основных направлений, каждое из которых внесло важный вклад в понимание психической жизни, выработало свои собственные методы изучения психической жизни, предложило эффективные методы помощи людям в психологически сложных ситуациях. В практической медицине мы можем использовать достижения каждого из описанных ниже научных направлений.

2.1. Психодинамическое направление

Психодинамическое направление исходит из того, что человеческое поведение определяется противоборством сил подсознания и общественного сознания.

Родоначальником психодинамического направления является **Зигмунд Фрейд** (1856—1939), который, пользуясь методом анализа свободных ассоциаций, сновидений, фантазий, случайных оговорок, обнаружил существование большого пласта психической жизни, прежде недоступного изучению. Так сформировалось учение Фрейда о сложной структуре личности человека, главное место в которой отводилось *бессознательному*. Важнейшей психической силой, с точки зрения Фрейда, является сексуальная энергия (либидо), которая определяет стремление человека к действию, развитию, самосовершенствованию. Другими важными неосознаваемыми силами являются агрессия и стремление к смерти (саморазрушению).

Содержание бессознательного лишено логики и чувства времени — этот особый тип мышления, который в обнаженном виде мы можем наблюдать при психических заболеваниях, Фрейд назвал *первичным процессом*. Согласно психоаналитической концепции, человек не имеет доступа к процессам, происходящим в бессознательной сфере. Однако информация о бессознательных процессах может быть представлена после логической обработки посредством сферы *предсознания*. Информация, хранящаяся в предсознании, логически упорядочена, но скрыта от непосредственного наблюдения до тех пор, пока не станет настолько актуальной для человека, что переместится в сферу *сознания*.

Для анализа скрытых от сознания процессов Фрейд предложил *метод свободных ассоциаций*, который заключается в том, что пациенту предлагают произносить все, что приходит ему в голову спонтанно в процессе самонаблюдения. Для того чтобы ничто не отвлекало его от свободного фантазирования,

обследование проводят в тихом, уединенном помещении. Пациенту предлагают расслабиться (лечь на кушетку), а врач находится вне поля зрения пациента (в голове кушетки) и старается не вмешиваться в процесс фантазирования. Лишь изредка психотерапевт обращает внимание пациента на некоторые наиболее яркие его высказывания и предлагает ему расширить круг образов, связанных с ними.

С точки зрения Фрейда, структура личности определяется тремя основными компонентами (рис. 2.1):

- ИД — «Оно» — комплекс биологических неосознаваемых влечений и потребностей (сексуальная потребность, агрессивность, стремление к смерти). Важнейшим принципом, действующим в пределах ИД, является *принцип удовольствия*, т. е. потребность нуждается в удовлетворении вне зависимости от наличия или отсутствия условий для этого.
- СУПЕР-ЭГО — «Сверх-Я» — внутренний идеал человека, отражающий понятия морали и нравственности. СУПЕР-ЭГО формируется под влиянием общества и его запретов, оно оценивает каждый поступок человека с точки зрения *принципа «добра» и «зла»*.
- ЭГО-«Я» — собственно личность человека, какой она рождается в противоборстве низших сил и идеалов.

Взаимоотношения ИД и СУПЕР-ЭГО регулируются «Я» на основании *принципа реальности*.

Таким образом, получается, что ИД призывает человека к получению удовольствия любой ценой, СУПЕР-ЭГО сигнализирует ему о недопустимых чувствах, мыслях и действиях, а ЭГО удовлетворяет допустимые желания и отклоняет недопустимые из *страха наказания*. Память о полученных в детстве наказаниях заставляет человека испытывать *тревогу*, которая уберегает его от неосторожных поступков.

Анализ полученной от пациентов информации привел Фрейда к мысли о том, что большинство проблем и внутренних конфликтов человека происходит из особенностей его развития в детстве. Работы Фрейда о детской сексуальности встретили резкое неприятие, однако он показал, что в детские годы основная движущая энергия человека (либидо) реализуется в иных формах поведения (принятие пищи, дефекация, наблюдение и изучение собственного тела и пр.). Особенности психической жизни, сформировавшиеся в раннем детстве (до 5 лет), паттерны (образцы, типы) поведения, усвоенные на примере родителей, стойко сохраняются в дальнейшем и определяют поступки человека на протяжении всей последующей жизни. Особенно опасны для дальнейшей адаптации человека затруднения в удовлетворении базовых детских потреб-

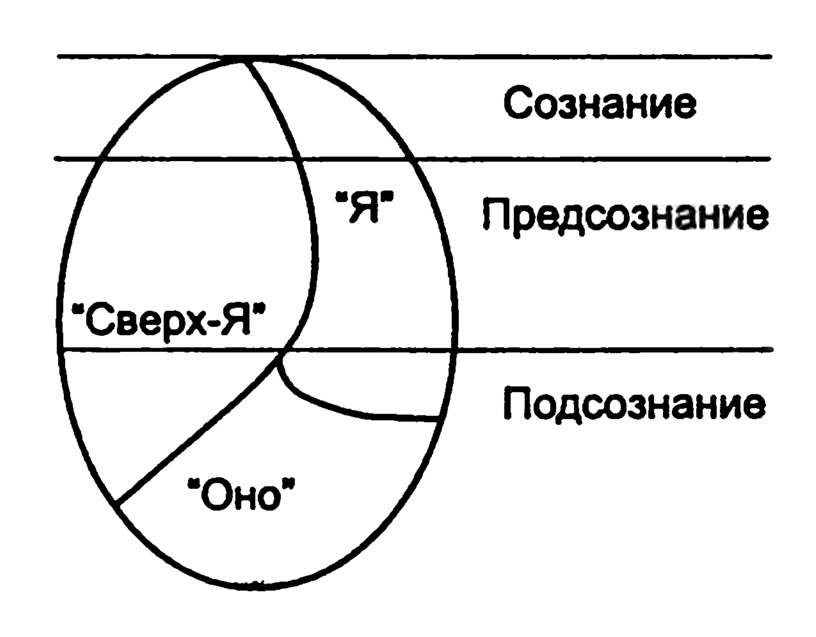


Рис. 2.1. Структура личности по З. Фрейду.

ностей (в пище, безопасности, чистоте, половой идентификации). Любые препятствия к их реализации приводят к фиксации на ранних стадиях развития, которая становится причиной недостаточно зрелого поведения взрослых, а порой и психических расстройств.

В концепции Фрейда человек оказывается в постоянном внутреннем конфликте между тщательно скрываемыми асоциальными импульсами и давлением общественного сознания, которое не позволяет ему удовлетворить свои базовые потребности. Такое противоречие могло бы стать источником постоянных страданий личности, однако Фрейд обнаружил общие для всех людей способы защиты сознания от неприятной им информации — *механизмы психологической защиты* (см. раздел 9.2). Психологическая защита — это происходящее, помимо воли человека, изгнание из сознания неприятной для него информации. Таким образом, сексуальные и агрессивные импульсы вытесняются из сознания и замещаются другими стремлениями, которые не противоречат требованиям общества. С точки зрения психоаналитической теории Фрейда, многие виды деятельности человека (выбор профессии, творчество, карьерный рост, взаимопомощь, политическая борьба) являются символическим выражением его бессознательных сексуальных импульсов.

По мнению Фрейда, сдерживаемые сексуальные импульсы рано или поздно прорываются в сознание или выплескиваются в агрессивном поведении, становятся источником войн и сексуального насилия. Основываясь на этой точке зрения, некоторые практики предположили, что просмотр изображений сексуальных сцен и актов насилия может стать суррогатом удовлетворения скрытых потребностей, а значит, снизит внутреннюю напряженность человека и уменьшит его явную агрессивность. Экспериментальная проверка этого положения показала прямо противоположный результат: после просмотра жестоких сцен насилия вероятность агрессивных поступков людей не уменьшалась, а возрастала. В других экспериментах, напротив, было показано, что сознательные попытки подавить в себе агрессивные и сексуальные мысли приводят к повышению тревожности, вызывают патологическую прикованность (навязчивые мысли) к вытесняемому объекту.

На учении о бессознательном основаны попытки обнаружить влияние на поведение людей чрезвычайно слабых (под-

пороговых) стимулов. Большинство подобных экспериментов показало принципиальную возможность «восприятия без осознания». Высказано также предположение, что порог восприятия эмоционально неприятной информации может быть выше, чем при предъявлении нейтральных стимулов (явление перцептивной защиты). На этих находках основаны некоторые спекулятивные предположения о том, что посредством подпорогового стимулирования можно управлять поведением человека (например, помещая рекламные призывы в каждый 25-й кадр кинофильма или добавляя к записи урока иностранного языка скрытые сигналы). На практике, однако, до сих пор не удалось показать то, что подпороговое воздействие сильнее влияет на психику человека, чем открытое взаимодействие людей.

Несмотря на высокий авторитет психоаналитической теории и самого Фрейда, среди его непосредственных сотрудников, участников Венского психоаналитического общества, формировались критические воззрения на некоторые базовые положения психоанализа и попытки усовершенствовать психодинамическую концепцию. Наиболее интересны с практической точки зрения идеи К. Г. Юнга и А. Адлера.

Карл Г. Юнг (1875—1961) после разрыва с Фрейдом в 1914 г. создал собственную школу аналитической психологии. Он возражал против преувеличенного внимания к сексуальности и признавал, что человеком могут руководить и другие потребности (в творчестве, удовольствии). Среди движущих сил психики он особенно выделял *коллективное бессознательное*, объединяющее опыт всех предшествующих поколений. В коллективном бессознательном хранятся общие образы и верования, сформировавшиеся в процессе выделения человека из животного мира. Память об образах древнего, с точки зрения Юнга, является основой веры в возможность «переселения душ», питает интуицию, порождает мудрость.

Отношение к окружающему у разных людей, с точки зрения Юнга, определяется общими для всех исторически сформировавшимися образами, или *архетипами*. Проявлением такого архетипа, например, считается общий для всех людей страх к ползающим пресмыкающимся («Змей-искуситель»). Среди наиболее важных архетипов Юнг называл образ Матери («Мать-природа»). Полоролевое поведение, с его точки зрения, определяется противоборством в каждом человеке женского (Душа, anima) и мужского начала (Дух, animus).

Попытки сознательно подавить в себе нежелательные образы приводят к значительному сопротивлению со стороны бессознательного и могут прорываться в сновидениях, мечтах или даже в импульсивных поступках. Такие отвергнутые нашим сознанием формы образуют архетип *Тени*. Чем более благородной деятельностью занимается человек, тем в боль-

шей степени он испытывает давление Тени (искушение). В этом смысле врачевание при общей гуманности цели может сочетаться с черствостью, жестокостью, корыстью.

С точки зрения Юнга, формирование личности происходит в процессе преодоления противоборствующих архетипов и объединения их в понятии *самости* (Я сам, self). Одна из форм противоборства — это конкуренция стремления к активности, взаимодействию с другими, авантюре (*экстраверсия*) и потребности в самоанализе, осторожности, отгороженности (*интроверсия*).

Альфред Адлер (1870—1937) вышел из Венского психоаналитического общества в 1911 г. после возникших противоречий. Его собственная концепция, названная *индивидуальной психологией*, также отрицала приоритет сексуальности в формировании человеческой личности. Если Фрейд рассматривал общество как силу, порабощающую человека, лишающую его возможности удовлетворить свои потребности, то Адлер увидел в деятельности человека *социальный интерес*, т. е. врожденную потребность в общении, самоутверждении и сотрудничестве.

С наличием социального интереса связаны и *потребность во власти*, и чувство собственной слабости и беспомощности (*комплекс неполноценности*). Особенно остро свою неполноценность переживает ребенок, который сравнивает себя с большими и могущественными взрослыми. Поведение людей с хроническими, неизлечимыми заболеваниями тоже можно анализировать с точки зрения чувства неполноценности. Непереносимые мысли о собственной слабости заставляют человека компенсировать свои недостатки путем их устранения или развития в себе других качеств, которые демонстрируют превосходство человека над другими людьми (*комплекс превосходства*). Ранний опыт общения с семьей и коллективом (отношение со старшими и младшими братьями, воспитание в качестве единственного ребенка в семье, помещение в приют) во многом определяют последующий *жизненный стиль*, который формируется к 4—5 годам (см. раздел 6.1).

Истоком психических расстройств Адлер считал патологические реакции на чувство собственной неполноценности. Так, капитуляция перед своей неполноценностью приводит к бегству в болезнь, преобладанию индивидуальных интересов над общественными, низкой активности и неврозу. Попытка скрыть свою неполноценность путем демонстрации силы проявляется агрессией и асоциальными поступками. Жестокость людей в период войны Адлер объяснял стремлением компенсировать чувство неполноценности. Основным способом избавления от чувства неполноценности Адлер считал развитие социального интереса, способности ко взаимодействию и сопереживанию (*эмпатия*).

Хотя позиция Адлера формировалась в пределах психоаналитического направления, многие из его положений предвосхитили открытия других школ психологии. Так, мысль о том, что поведение человека часто определяется фиксацией на логически необоснованных положениях (*иррациональные конструкты*), была в дальнейшем развита школой когнитивной психологии (см. раздел 2.4). А общая нацеленность человека в будущее (а не к скрытым детским комплексам, как это считал Фрейд) стала в дальнейшем основной идеей гуманистической психологии (см. раздел 2.5).

В рамках психоаналитического направления было разработано много интересных концепций и методик лечения. Так, **Карен Хорни** (1885—1952) опровергала многие идеи Фрейда относительно женской сексуальности. Она видела причину отличия женской психологии от мужской не в биологическом различии их организмов, а в зависимой социальной роли женщины в Европе того времени. Особое внимание она уделяла понятию *базовой тревоги*, борьба с которой определяет межличностные отношения. Американец **Гарри Стэк Салливен** (1892—1949) также большое внимание уделял формированию чувства тревоги. Он считал, что такое чувство может быть передано ребенку от тревожной матери. Особый интерес для педагогов и подростковых врачей имеет его идея о значении опыта общения со сверстниками до периода полового созревания. В отличие от Фрейда, который пренебрегал изучением этого этапа жизни, Салливен считал роль предподросткового периода сравнимой с ранним детским опытом общения с матерью. В Великобритании сложилась крупная школа детского психоанализа, где Анна Фрейд и Мелани Кляйн показали проявления сексуальности и защитных механизмов на примере детских неврозов и предложили собственные методики лечения таких расстройств.

В целом психоаналитическое направление дало необходимый толчок для развития научной психологии, привлекло к изучению этой дисциплины самые различные слои общества, открыло для изучения огромный пласт неосознаваемых психических процессов. Разработанные психоаналитиками методики психотерапии широко используются на практике.

Вместе с тем многие положения психоаналитической теории остаются декларативными. На практике не представляется возможности ни доказать, ни опровергнуть их, поскольку психоаналитическая теория не создала эффективного научного инструмента проверки ее гипотез. Наибольшей критике со стороны других концепций подвергаются исключительный интерес к вопросам сексуальности, обреченность человека на внутренний конфликт, пессимизм в отношении возможности изменить судьбу человека, недооценка роли общества и воспитания в формировании личности.

2.2. Социобиологическое направление

С тех пор как Чарльз Дарвин в своем труде «Происхождение видов» (1859) обосновал идею происхождения человека от животных, наблюдение за животными стало важным источником познания человека. При этом часто высказывается точка зрения, что психические функции являются уникальными для человека и не могут быть исследованы на животных. Эксперименты опровергают эту точку зрения. Так, наблюдение за шимпанзе показало, что многие проявления эмоций (поцелуи, угрозы кулаком, нахмуривание бровей), которые мы наблюдаем у людей, почти в точности соответствуют поведению высших обезьян в сходных ситуациях (Д. Гудолл). Эксперименты по отлучению детенышей обезьян от матери (Г. Гарлоу) показали и появление типичной для человека депрессивной реакции, и трудности в усвоении социальных ролей у выросших в изоляции животных, и сходное с человеческим стремление найти защиту у матери в раннем детстве. Наконец, успешное обучение шимпанзе языку глухонемых (Г. Террис, А. Гарднер и Б. Гарднер) показало, что даже такие специфические функции психики, как общение с помощью системы знаков, не являются исключительно человеческой чертой.

Складывается впечатление, что некоторые формы поведения человека получены им от животных и закреплены генетически. Кроме генетически закрепленных и воспитанных форм поведения, на животных была показана возможность мгновенного запечатления образов — *импринтинга*. Так, австрийский ученый К. Лоренц (1903—1989) наблюдал у гусят формирование стойкой привязанности к первому движущемуся объекту, который они видели после того, как вылуплялись из яйца. Сходную привязанность Г. Гарлоу наблюдал у детенышей макак резусов к лицу «тряпичной мамы»: маленькие обезьяны начинали относиться враждебно к кукле, изображавшей обезьяну-маму, если на место деревянного шара помещали голову, похожую на морду настоящей обезьяны.

В рамках социобиологического подхода было показано, что у высших приматов наблюдаются не только схожие с человеком способы выражения эмоций, но и общественные формы поведения. В работах Э. Уилсона (1975) и В. П. Эфроимсона (1971) показано, что не только «низшие» с точки зрения морали поведенческие акты (агрессия, конкуренция, стремление к доминированию), но и «высшие» стремления человека (альтруизм, сотрудничество, самопожертвование) являются отобранными эволюцией и закрепленными генетикой приспособительными формами поведения. Действительно, некоторые формы альтруистического поведения животных способствуют выживанию стаи и помогают выиграть сообществу животных в борьбе за существование (а значит, способствуют сохране-

нию генетического материала, определяющего такое поведение).

Эксперименты социобиологов подтверждают возможность использовать животных в качестве модели изучения психики человека. Однако было бы ошибкой искать биологический смысл во всех проявлениях человеческой психики. Такой подход имеет явные ограничения в изучении высших психических функций (например, абстрактного мышления), принижает роль воспитания. Развитие человеческого общества же показывает, что передача информации от поколения к поколению, минуя гены, позволяет развить в человеке такие способности, которые животные не смогли выработать на протяжении миллионов лет естественного отбора.

2.3. Бихевиоральное направление

Бихевиоризм (от англ. behavior — поведение) возник как попытка превратить психологию в дисциплину, основанную на научном методе познания. Создатель этого направления Джон Б. Уотсон (1878—1958) был раздражен субъективизмом философов и психологов, рассуждающих о виртуальных понятиях сознания и психики. Он стремился подкреплять все выводы о работе нервной системы конкретными экспериментами. В этом смысле психика оценивалась как некий «черный ящик», заключение о работе которого можно было сделать, рассматривая его реакцию на определенные стимулы. Таким образом, главным источником знаний о психике человека считались его *поведение*, конкретные совершенные им поступки. Ценность такого подхода подтверждается опытом клинических психологов, которые большое внимание уделяют изучению анамнеза человека и анализу совершенных им ранее поступков.

Идеальными примерами бихевиористского подхода стали работы И. П. Павлова (1849—1936) о формировании условных пищевых рефлексов у собак. Исследуя значение условных рефлексов, бихевиористы показали, что условное подкрепление и торможение условных рефлексов путем наказания могут играть существенную (если не основную) роль в воспитании и обучении. Значение условного рефлекса в формировании психических расстройств было подтверждено эффективностью некоторых методов терапии (бихевиоральная терапия). Особенно показательно закрепление на основе условного рефлекса некоторых форм страха (фобий), обусловленного определенными ситуациями (транспорт, тесное помещение, присутствие незнакомых людей или животных).

Несмотря на успехи бихевиоральной терапии, теория «стимул—реакция» оставляла без ответа многие вопросы психоло-

гии. Неясно было, почему человек начинает действовать даже в том случае, когда отсутствуют какие-либо внешние стимулы. Частично ответ на этот вопрос дали исследования Б. Ф. Скиннера (1904—1990) по оперантному обусловливанию. Скиннер считал, что наряду с реакциями на внешние стимулы существуют действия (*операнты*), происходящие из внутренних потребностей организма (потребность в движении, изучении путем прикасания, произнесении звуков и пр.). Сочетание этих действий с последующим вознаграждением приводит к большей частоте повторения и закреплению данных действий в поведении. Так, ребенок стремится повторять те сочетания звуков, которые положительно воспринимаются родителями.

В работах К. Л. Халла (1884—1952), Дж. Долларда (1900—1980) и Н. Миллера (род. 1909) показано значение внутренних потребностей различной интенсивности и изучена роль подражания в формировании стойких особенностей поведения (т. е. черт характера) взрослого человека. Доллард и Миллер также проанализировали ситуации конфликта между внутренними потребностями человека и их роль в формировании психических нарушений. Таким образом, характер человека был представлен как результат взаимодействия внутренних потребностей разной интенсивности и особенностей среды воспитания и личного опыта.

В России идеи, родственные бихевиоризму, развивались в работах петербургских авторов А. Ф. Лазурского (1894—1917) и В. Н. Мясищева (1893—1973), которые рассматривали личность как систему отношений со средой и обществом. Таким образом, можно было описать человека через его отношение к другим людям, себе, труду и т. д.

Наибольшим вниманием в советское время пользовался *деятельностный подход* в психологии, который рассматривал деятельность человека как основу его сознания. В трудах М. Я. Басова (1892—1931), С. Л. Рубинштейна (1889—1960), А. Н. Леонтьева (1903—1979) поведение человека объединяется с его сознанием в общее понятие деятельности, что направляет психологов к более широкому изучению не только поведения человека, но и его осознаваемых и подсознательных мотивов.

Несомненным достоинством бихевиоральной концепции является ее строго научный характер, опирающийся исключительно на экспериментальные данные, воспроизводимые различными исследователями. Практическое применение идей бихевиоризма привело к формированию новых педагогических приемов и методов коррекции при психических и функциональных соматических расстройствах. Вместе с тем методы бихевиоризма не позволяют изучать такие специфически человеческие психические процессы, как мышление, анализ ин-

формации, планирование и предвидение. Бихевиоризм предполагает возможность изменения поведения человека при изменении среды и набора стимулов. В таком случае не вполне ясно, почему у взрослого человека многие черты характера стойко сохраняются, несмотря на настойчивые попытки перевоспитать его. Длительное применение бихевиоральных методик лечения показало существенные ограничения в их эффективности, часто временный характер достигнутых результатов.

2.4. Когнитивное направление

Основным объектом изучения психологов когнитивного направления являются процессы мышления и познания (от лат. *cognoscere* — знать). Поскольку эти функции являются исключительно человеческими, эксперименты на животных дают слишком мало информации для их изучения. В частности, попытки научить обезьян языку глухонемых показали определенные ограничения в их возможностях: после быстрого усвоения некоторого набора символов развитие останавливалось перед неким барьером, который маленькие дети легко преодолевали.

Подробное изучение стадий развития интеллекта провел швейцарский психолог Жан Пиаже (1896—1980). В процессе изучения мышления детей разных возрастов Пиаже показал, что способность к познанию действительности не дана ребенку при рождении, а развивается, проходя ряд стадий (магическое отношение к действительности, одушевление неживых предметов и природных явлений, предвидение последствий своих действий и, наконец, составление гипотез и обобщение данных). Таким образом, в отличие от мнения бихевиористов Пиаже продемонстрировал различные возможности к научению у людей с различной степенью зрелости интеллекта.

Американский психолог Дж. А. Келли (1905—1966) считал главной особенностью мышления человека стремление к формированию собственных концепций или гипотез, которые затем используются им для формирования поведения. Гипотезы, которые подтверждаются на практике, т. е. применение которых приводит к желаемому результату, закрепляются в сознании. Гипотезы, которые опровергаются действительностью, уступают место более совершенным теориям. Так, для маленького ребенка логично ожидание того, что от мужчин с бородой исходит опасность, однако, поскольку эта мысль не подтверждается на практике, ее замещают другие идеи о признаках потенциально опасных объектов (цыгане, сгорбленные старики и пр.). Возникновение новых практических задач рождает потребность создания новых теорий и понятий (*конструктов*). Так, жители севера, работающие на открытом возду-

хе, нуждаются в большем количестве слов, характеризующих снег и его состояние, а врачи — в большем количестве понятий для характеристики пульса и дыхания. Поступки взрослого человека, с точки зрения Келли, определяются *ожиданиями* (*прогнозом*), происходящими из его концепции.

Когнитивная теория указывает на причины дезадаптации пациентов: это жесткое использование теорий, несмотря на их расхождение с действительностью, неоправданное расширение области их применения, недостаточно развитая способность воспринимать теории и концепции других людей (отсутствие *эмпатии*). Источником тревоги Келли считал утрату человеком уверенности в том, что он способен предвосхищать события. Основанием для самоубийства, с позиций когнитивной психологии, может быть стремление доказать справедливость своей гипотезы (прогноза) или признание своей неспособности создать какую-либо полезную гипотезу.

Взгляды некоторых психологов бихевиористского направления видоизменились под воздействием интереса к когнитивным процессам. Так, Альберт Бандура (род. 1925) и Уолтер Мишел (род. 1930) считают, что человек не является жертвой ситуации, что он, обладая способностью предвидеть события, сам отбирает желательные для него ситуации. В этом смысле можно по-новому оценить людей, которые, как кажется, постоянно находятся под ударами судьбы. Возможные причины низкого успеха человека, с точки зрения Бандуры,— это низкая самооценка (*самоэффективность*), уверенность в неспособности успешно преодолевать неприятные ситуации.

Особый интерес к процессам познания возник в связи с развитием вычислительной техники и попытками создать искусственный интеллект. Оказалось, что человек склонен повторно совершать ошибки, которые не свойственны компьютеру. Так, мы почти наверняка будем искать причину своей простуды в событиях вчерашнего дня («забыл надеть шапку», «промочил ноги» и пр.). Ухудшение самочувствия на фоне приема лекарств, скорее всего, будет объяснено появлением побочных эффектов, а не простым усугублением тяжести болезни. Ричард Лазарус проанализировал различные стратегии борьбы со стрессом и обнаружил, что для разных людей кажутся логичными поступки, решительно отличающиеся друг от друга. Альберт Эллис разработал систему терапии, основанную на выявлении и преодолении алогичных, иррациональных убеждений. Такая терапия оказалась особенно успешной при депрессии.

Когнитивный подход в психологии позволил изучить такие специфические человеческие процессы, как мышление, предвидение, самооценка. Разработанные на этой основе лечебные методики продемонстрировали свою эффективность. К недостаткам когнитивной психологии следует отнести недоучет та-

ких важных психических процессов, как эмоции и мотивация. Явление внутреннего конфликта, важность которого была продемонстрирована многими психологами, не нашло какого-либо описания в структуре когнитивной психологии.

2.5. Гуманистическое направление

Развитие этого направления непосредственно связано с именем **Карла Р. Роджерса** (1902—1987). Воспитанный в религиозной семье и увлеченный некоторое время учением Фрейда, Роджерс был разочарован общей пессимистической оценкой человека в каждой из этих концепций. Так, христианская мораль усматривала в поступках и помыслах человека последствия первородного греха, а психоаналитическая теория исходила из того, что движущей силой человека является стремление к удовлетворению низменных потребностей. Бихевиористская модель личности тоже расходилась с тем, что можно было наблюдать в действительности. Так, в жизни нередко приходится видеть, что люди бывают увлечены деятельностью, которая ничем не вознаграждается. Напротив, попытка заинтересовать творца, предлагая ему гонорар за следующее произведение искусства, часто приводит к снижению его интереса к творчеству.

Таким образом, Роджерс попытался разработать более позитивную концепцию человека и его психической деятельности. Центральным понятием его теории стало стремление к *самоактуализации*. Предполагается, что человек исходно имеет представление о самом себе, своих способностях и о том, как эти способности могут быть наилучшим образом применены в жизни. Оценки со стороны окружающих могут поддерживать его намерения или осуждать их. Осуждение окружающих не может коренным образом повлиять на представление человека о самом себе, но заставляет индивида скрывать свои взгляды на ситуацию и планы на будущее. Невозможность реализовать свои планы, необходимость жить в конфликте со своими потребностями приводят к чувству неудовлетворенности (*неконгруэнтности*), замкнутости, страха.

Условием счастливого развития человека Роджерс считал свободное саморазвитие. С его точки зрения, каждый человек нуждается в безусловной позитивной оценке. Наиболее успешными в достижении самореализации являются люди с достаточно четким представлением о том, к чему им следует стремиться. По наблюдениям психологов гуманистического направления, высокой самооценке способствует воспитание в условиях четко очерченных жестких правил, в пределах которых ребенку предоставляется полная свобода, высказывается уважение к его мнению, а наградой за послушание становится

то проявление любви и привязанности, которое наиболее соответствует предпочтениям ребенка.

На основании своей теории Роджерс создал методику психотерапии, центрированной на клиенте. Идея такой терапии состоит в стремлении раскрыть внутренний потенциал человека, освободить его от попыток защищаться от мнения окружающих, поощрении его стремления к зрелости и ответственности за себя, в призыве к созданию условий, способствующих самовыражению, а не пассивному сетованию на то, что такие условия отсутствуют.

Сходное мнение высказывали Курт Гольдштейн (1878—1965) и Абрахам Г. Маслоу (1908—1970). Они считали, что человек по природе своей скорее добрый или равнодушный, чем злой. Его физическое состояние, имеющиеся физиологические потребности и социальное окружение составляют определенные препятствия на пути самореализации. Преодоление этих препятствий вознаграждает человека чувством «торжества победы», открывает путь к мечте. Капитуляция перед препятствием усиливает чувство тревоги, становится причиной дезадаптации. Если среда не дает возможности полностью воплотить в жизнь свои замыслы, то лучше попытаться одержать победу на уровне ниже оптимального (найти *согласие со средой*), чем вообще отказаться от самореализации.

Идеи психологов гуманистического направления во многом пересекаются с философией экзистенциализма, которая отвергает понятие психической патологии и осуждает общество за попытку ограничить свободу человека и его самовыражения. Психическая патология, с точки зрения экзистенциалистов, связана с неадаптивными защитами от таких пугающих истин, как неизбежность смерти, вечная свобода выбора, одиночество человека перед самим собой, отсутствие у жизни какого-либо смысла. Психотерапевтические методы и педагогические приемы, основанные на описанной выше концепции, оказались эффективными у многих пациентов с пониженной самооценкой. Особенно важным мы считаем использование этих методов при работе с пациентами, страдающими тяжелыми соматическими заболеваниями и физическими недостатками.

Слабой стороной гуманистической концепции считают полное отсутствие внимания к бессознательной жизни человека. Теория оказывается беспомощной при работе с грубо асоциальными пациентами. Безусловная позитивная оценка при работе с детьми часто дает положительные результаты, однако в некоторых случаях она может стать причиной снижения требовательности, а значит, может ухудшить общий результат обучения. Научное использование гуманистической концепции затруднено, поскольку теория не разработала надежных инструментов для оценки таких понятий, как самоактуализация и согласие со средой.

* * *

Таким образом, существующие научные концепции в психологии порой диаметрально противоположно отвечают на важнейшие методологические вопросы. Так, социобиологическое направление и психоанализ отмечают доминирование биологического в человеке, а бихевиоризм и гуманистическое направление уделяют большее значение фактору воспитания и влияния среды. Психоаналитики считают, что человеком движут в основном силы бессознательного, а гуманисты и сторонники когнитивной теории настаивают на том, что главные психические процессы в человеке осуществляются сознательно. Бихевиоризм и психоанализ находят много общего в поведении самых различных людей, а гуманистическая школа настаивает на уникальности каждого человека. С точки зрения психоаналитиков и социобиологов, психическая жизнь человека довольно жестко детерминирована, а с позиций бихевиористов и психологов гуманистического направления, мы можем менять свою жизнь, изменяя среду обитания или создавая свою собственную среду.

Такое разнообразие точек зрения позволяет использовать самые различные психотерапевтические подходы. Каждая из школ психологии разработала свои рекомендации по реабилитации и воспитанию. Применение тех или иных советов определяется не только пристрастным отношением к какой-либо психотерапевтической школе, но и особенностями ситуации, индивидуальными качествами пациента, складом личности врача. Поэтому в последующих главах особое внимание будет уделено анализу личностных особенностей и черт характера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Айзенк Г., Айзенк М. Исследования человеческой психики.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.

Годфруа Ж. Что такое психология: Пер. с франц.— М.: Мир, 1992.

Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: Пер с англ. / Под ред. В. С. Магуна.— М.: Аспект-Пресс, 2001.

Степанов С. С. Психология в лицах.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2001.

Холл К. С., Гарднер Л. Теория личности: Пер. с англ.— М.: ЗАО; Изд-во «ЭКСМО-Пресс», 2000.

Глава 3 МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Психология как наука выработала обширный круг исследовательских методов: направленная беседа, самоанализ, наблюдение, психологические и психофизиологические эксперименты, тесты и психометрические шкалы. Большинство из этих методов требует специальной подготовки и обучения, а их результаты должны быть интерпретированы профессиональным психологом. Обилие методик привело к тому, что один специалист не в состоянии овладеть всеми ими.

Приходится признать, что врач, пытающийся на приеме получить некоторые сведения психологического характера, весьма ограничен во времени. Беседа на отвлеченные темы часто настораживает пациента, а вопросы врача, не имеющие отношения к сути болезни, могут быть восприняты как неуместные. Поэтому врачу часто приходится полагаться на результаты наблюдения за поведением больного, на такие невербальные знаки, как мимика, интонация, жестикуляция, внешний вид, одежда, украшения, поза.

Во многих случаях люди при оценке друг друга полагаются на интуицию. Мы не хотим отрицать возможность интуитивного познания действительности, но любые интуитивные оценки ненадежны: они основаны на эмоциональном отношении к человеку (на сочувствии или неприятии), а значит, слишком категоричны. Неприятие мнения другого человека лишает наблюдателя возможности увидеть в нем лучшие качества, а симпатия — недостатки. Поэтому для преодоления субъективизма необходимо постараться собрать как можно больше сведений о больном, понаблюдать за ним в самых разных ситуациях, оценить то, как изменение соматического состояния влияет на его поведение и высказывания.

Несмотря на то что психология располагает целым рядом методов, повышающих надежность обследования, возможность ошибки все же сохраняется, поскольку любое обследование проводят люди и конечный результат зависит от их профессионализма и аккуратности.

Источниками ошибок в психологической оценке человека могут быть:

- знакомство пациента с целями обследования, что заставляет его вести себя так, чтобы подтвердить или опровергнуть точку зрения исследователя (Хоторн-эффект)
- пассивность пациента, выражающаяся в том, что он отвечает утвердительно на любой вопрос, не задумываясь о его содержании (комплекс Панурга)

- присутствие во время беседы посторонних лиц (даже если они никак не выражают своего мнения), поскольку обследуемый старается не вызвать осуждения (эффект аудитории)
- стремление соглашаться с любым мнением, если оно выражено в сложной наукообразной или не вполне определенной форме (эффект Барнума)
- стойкое предубеждение исследователя, основанное на первом эмоциональном опыте общения (эффект первого впечатления, эффект ореола)
- стремление исследователя найти подтверждение своей гипотезы, что выражается в невольном подталкивании обследуемого к желаемому действию или ответу (эффект Пигмалиона)
- боязнь тревожно-мнительного исследователя проявить излишнюю категоричность, что выражается в преобладании средних оценок (ошибки усреднения)
- невольное выпячивание качеств пациента, которых лишен сам исследователь, или, наоборот, стремление приписать пациенту свои собственные черты и образ мыслей (ошибки контраста и переноса)
- составление мнения о больном на основании качеств, не имеющих отношения к исследуемой черте (например, оценка интеллекта по выражению лица)

Чтобы уменьшить вероятность ошибки, следует соблюдать ряд правил при любом обследовании пациентов (при опросе, наблюдении, шкалировании и тестировании).

Цель обследования не должна ясно звучать в задаваемых вопросах и инструкциях: так, было бы ошибкой предупредить пациента: «Мы хотели бы оценить уровень Вашей тревожности с помощью этого теста». Вопросы не должны задаваться в одной и той же форме: так, вопросы, на которые предполагается положительный ответ, должны чередоваться с теми, на которые в той же ситуации человек, скорее всего, ответит отрицательно. В беседу или тест следует ввести несколько вопросов (серьезных или шутливых), не относящихся к цели обследования, чтобы понять, насколько сознательно и откровенно пациент отвечает на вопросы. Так, согласие с утверждением «Я никогда не говорю неправды» почти наверняка указывает на обман. Помощь и даже присутствие посторонних лиц при тестировании должны быть исключены, необходимо предоставить пациенту возможность хотя бы иногда говорить с врачом наедине, опрос больного и его родных лучше проводить раздельно. Говорить с пациентом следует на языке, доступном его пониманию, использование научных терминов и профессиональных врачебных выражений должны быть сведены к минимуму. Всегда, когда это возможно, следует сравнить

свое мнение о пациенте с мнением других лиц (независимых экспертов). При применении шкал, опросников и тестов следует тщательно ознакомиться с инструкциями по методике проведения обследования, прочитать все используемые для оценки критерии и проводить оценку непосредственно в момент обследования или сразу после его окончания, не откладывая, пока сохраняются в памяти наиболее яркие впечатления о беседе.

Наконец, следует активно вырабатывать в себе терпимость к противоположной точке зрения. Опыт показывает, что люди, не имеющие достаточных знаний о психических расстройствах (врачи-интернисты, психологи, медицинские сестры), часто расценивают особенности поведения пациентов как признак психического расстройства и отказываются от попыток найти взаимопонимание, в то время как психиатры-профессионалы знают, что даже при явном психическом заболевании внимательное обращение к личности больного позволяет добиться эффективного сотрудничества.

3.1. Беседа и анализ анамнестических сведений

Стремление врача за короткий отрезок времени получить сведения о множестве известных ему симптомов часто заставляет его вести беседу в очень жесткой манере, когда пациент вынужден точно и кратко отвечать на поставленные вопросы. В этом случае врач бывает доволен лишь тогда, когда получает один из ожидаемых им ответов. Нестандартный ответ ставит его в тупик, вызывает раздражение, заставляет его сомневаться в полноценности психики пациента. Больной на таком приеме тоже чувствует себя неуютно, потому что замечает, что не может полностью удовлетворить запросы врача. Он пытается подстроиться под его мнение, понравиться врачу вместо того, чтобы раскрыть свои личные качества и откровенно изложить свою точку зрения. Поэтому в беседе с больным очень важно предоставить ему возможность высказаться в свободной манере, не одергивая его замечаниями и не упрекая в ошибочности мнения.

Такая *свободная беседа* может уберечь врача и от диагностической ошибки, поскольку его радость по поводу четких и ясных ответов пациента может помешать ему заметить, что в действительности он имеет дело с симулянтом, который прочел учебник перед тем, как идти на прием к врачу. В свободной беседе человек, не испытывающий в действительности тех страданий, которые он описывает, теряется, не может найти нужные слова, вновь и вновь повторяет то, что читал или слышал от других пациентов.

Большинство людей относятся с бóльшим доверием к тем, кто их внимательно слушает, чем к тем, кто пытается заста-

вить выслушать себя. Однако среди пациентов врачей-интернистов нередко встречаются люди, которые не умеют высказать свою точку зрения; настойчиво просят поточнее сформулировать вопрос; заявляют, что без вопросов врача сами не могут передать свои мысли. Существуют люди, не способные вслух высказывать свои переживания (такое явление иногда называют *алекситимией*).

Для выработки правильной тактики врачу важно получить сведения, касающиеся не только диагноза, но и степени адаптации пациента, его отношения к болезни. Важно выяснить, что именно заставило человека обратиться к врачу (страх за свою жизнь, невозможность продолжать работать, совет знакомого, распоряжение начальства, стремление сохранить имеющееся здоровье). Уместны вопросы относительно того, какая из жалоб беспокоит пациента больше всего. О личности человека много могут сказать ответы на вопросы о том, как он пытается сохранить свое здоровье, что он считает полезным для поддержания здорового образа жизни, удается ли ему самому следовать своим принципам. Важно понимать, что ответы на эти вопросы отражают личную позицию пациента и могут вовсе не совпадать с мнением врача и медицинской науки в целом. Было бы ошибкой сразу же пытаться возражать и корректировать точку зрения больного. Для создания атмосферы взаимопонимания гораздо важнее сказать: «Это интересная точка зрения...», «Мне первый раз приходится слышать подобное...», «Мне нравится, что вы столько внимания уделяете своему здоровью...».

Характеристика личности человека не может быть полной без сведений о его *семейных отношениях* и *профессиональном статусе*. Можно поинтересоваться у больного, как относятся к его болезни в семье, не мешает ли болезнь его обычным семейным занятиям, увлечениям, как влияет болезнь на результаты его работы, не мешает ли она его карьере. Уместны вопросы относительно того, не связывает ли больной свое недомогание с обстановкой дома и на работе. Ответ на этот вопрос не может убедить врача в том, что болезнь вызвана внутрисемейным конфликтом, но показывает, насколько семейные отношения и карьера важны для пациента.

Важной характеристикой личности человека считается его взгляд в будущее, поэтому неплохо было бы поинтересоваться его планами. Можно спросить о том, осуществлению каких его намерений мешает болезнь, что он собирается сделать, когда выздоровеет. Ответ на этот вопрос поможет обнаружить нереалистичные воззрения на болезнь, неоправданный оптимизм или чрезмерно пессимистическое к ней отношение.

Одним из методов психологии является анализ самоощущений пациента, его самонаблюдение. При этом мы не можем рассчитывать на то, что суждения больного о самом себе

будут точны. К сожалению, самооценка человека всегда находится под давлением неосознаваемых процессов (стремление сохранить самоуважение, комплекс неполноценности, защитные механизмы и пр.). Однако по самоотчетам больного можно судить о его удовлетворенности собой. Снижение самооценки часто указывает на подавленное настроение, пессимизм в отношении возможности излечения, часто на отказ от помощи. Стремление похвастаться своими успехами, подчеркнуть свою уникальность наблюдаются у людей с повышенной самооценкой. В этом случае больной может пренебрегать мнением врача, формально соглашаться с ним, но не выполнять его рекомендаций в действительности.

Важная часть беседы с больным — это сбор анамнестических сведений. Кроме сведений о том, когда началась болезнь и как она протекала, важно проследить за важнейшими этапами жизни пациента. Вопросы могут быть сформулированы примерно так: «Я правильно вас понял, что в школьные годы вы чувствовали себя совершенно здоровым и учились без труда?», «Служба в армии ухудшила ваше самочувствие или вы легко с ней справились?», «Как вам удалось, несмотря на болезнь, получить высшее образование?», «Вы считаете, что болезнь помешала вам в вашей карьере?», «Вы чувствовали себя здоровой, когда выходили замуж и во время беременности?».

Анализируя анамнез больного, очень важно обращать внимание не на намерения пациента, а на совершенные им *поступки* и конкретные достигнутые *результаты*. Так, сетования больного относительно того, что болезнь помешала ему получить высшее образование, говорят гораздо меньше о стремлениях человека, чем то, чего он достиг в жизни (что сделал в своей квартире, какие прочитал книги, куда удалось съездить, каких успехов достиг на работе). Сведения о течении болезни неплохо подтвердить конкретными успехами больного в преодолении болезни. Важно выяснить, сколько раз он лежал в больнице, насколько тщательно выполнял рекомендации врача после выписки из больницы. Недовольство пациента всеми без исключения врачами, лечившими его до сих пор, должно настораживать. Отсутствие хотя бы малого успеха в лечении часто указывает на нежелание человека преодолеть болезнь или на то, что обращение за помощью имело какие-то другие цели, а не собственно излечение.

Задавая вопросы, следует всячески *избегать негативной оценки*. Человек будет более откровенен, если увидит понимание с вашей стороны, если вы убережете его от осуждения. Так, расспрашивая о регулярности приема таблеток, неплохо заметить, что «в нашем суетном мире так трудно оставаться пунктуальным». Не следует расспрашивать больного о его «капризности», «злопамятности», «мстительности» — лучше задать вопрос о том, насколько человек «впечатлителен», «раним»,

«остро переживает несправедливость». Не менее важно сохранить уважительное отношение к мнению коллег, объясняя неуспех предшествующего лечения «недопониманием», «несовпадением характеров пациента и врача», «случайностью».

Сравнение различных методик психологического обследования подтверждает высокую ценность беседы с больным. Правильно построенный диалог позволяет получить обширные и надежные сведения о пациенте. Данные тестовых методик чаще всего подтверждают впечатление, составленное психологом при личной беседе. Поэтому не следует относиться с недоверием к заключению, основанному только на беседе. Вместе с тем полноценное заключение по результатам разговора с пациентом требует довольно много времени. Впечатление от однократной встречи может отражать в большей степени особенности состояния пациента на данный момент. Поэтому нередко бывает полезным пополнить информацию о больном данными наблюдения и оценкой его поведения в специально созданной ситуации испытания (психологический эксперимент, тестирование).

3.2. Наблюдение

Наблюдение предоставляет нам такую информацию о личности, которая не может быть получена другими путями. Именно с помощью наблюдения мы изучаем сферы эмоций, воли, моторики — все, что характеризует темперамент человека.

Эмоциональность человека может быть оценена по его мимике, интонации, позе. Данные наблюдения в этом смысле более информативны, чем содержание ответов пациента и его самооценка. Так, монотонный голос, отсутствие мимической реакции на шутку или замечание больше говорят о темпераменте больного, чем его признание в собственной «ранимости» и «чувствительности». Несколько действий пациента, когда он поправляет постель при появлении врача, помещает закладку в книгу, точнее указывает на педантичность человека, чем то, что он характеризует себя как человека, «любящего порядок». Конкретная помощь другим пациентам в палате точнее указывает на внимание к чужим интересам, чем заявление об этом в беседе.

Важной характеристикой психики человека является его моторика. Так, плавные, размеренные движения обычно сочетаются со стремлением к общению, умением найти взаимопонимание с другими людьми. Напротив, угловатые, плохо координированные движения часто наблюдаются у людей замкнутых, отгороженных, не умеющих найти поддержки и сочувствия у окружающих, плохо различающих чужие эмоции. Тонкие движения пальцами (шитье, вязание, рисование ми-

ниатюр) лучше удаются людям спокойным, склонным к самонаблюдению, размышлениям. Ловкие, порывистые, размашистые движения, физические упражнения хорошо выполняют люди решительные, уверенные в себе, не склонные тратить времени на пустые рассуждения.

В процессе беседы с врачом больной раскрывает только некоторые стороны своей личности. Для более полной характеристики необходима информация о его поведении в других ситуациях. Частично эту задачу решает наблюдение за поведением больного вне стен кабинета врача. Часто мы видим, как меняется тон пациента, если он говорит не с врачом, а с младшим медицинским персоналом, соседями по палате. В этом случае мы предполагаем, что его вежливость и доброжелательность по отношению к врачу вызваны его стремлением получить конкретную выгоду и не являются типичной чертой его характера.

Данные беседы и наблюдения могут быть записаны в виде свободного отчета (заключение психолога) или зафиксированы в виде баллов с помощью шкал. В качестве примера таких шкал можно указать шкалы определения психического возраста ребенка по его поведению (шкала Бине—Симона, см. Приложение 3). Школьные оценки от 1 до 5 являются своеобразной шкалой степени подготовленности по предмету. Следует понимать, что шкальные оценки не являются более точными, чем заключения, сделанные путем свободного описания. Субъективизм исследователя и его влияние на поведение пациента могут стать причиной ошибок и неточностей в оценке. Однако шкальные оценки незаменимы при сравнении прежнего и нынешнего состояния пациента, сопоставлении нескольких пациентов или групп больных, например, при научном исследовании.

Кроме наблюдения за больным в естественной обстановке, можно проследить за его реакцией на некоторые кризисные ситуации: сообщение диагноза, обсуждение необходимости госпитализации, планирование операции, помещение в палату интенсивной терапии и пр. К сожалению, в стационаре мы не можем видеть поведение человека в тех ситуациях, которые его ожидают за стенами больницы (на работе, во время учебы, на отдыхе, в ситуации конфликта), поэтому для более полной характеристики особенностей личности нередко используют специальные ситуации испытания (психологический эксперимент, тестирование).

3.3. Психологический эксперимент и психологическое тестирование

Психологический эксперимент представляет собой оценку поведения человека в специально созданных условиях, например в условиях испытания его сообразительности, способности к

счету, внимания, быстроты реакции, устойчивости к стрессу. Важнейшим условием сопоставимости результатов эксперимента со стандартными показателями является точное следование всем без исключения его инструкциям. Так, различия в результатах могут быть вызваны тем, что эксперимент проводится в разное время суток, в одиночестве или в присутствии людей, с ограничением времени или без такового. Частично эту проблему решают планирование и проведение эксперимента с помощью вычислительной машины. Интерпретация результатов эксперимента (тестирования) также требует умения и опыта. Это означает, что наиболее надежные выводы могут быть получены на основании эксперимента, проведенного психологом-профессионалом, специально обученным методике данного вида испытаний.

При планировании эксперимента важно подумать о *валидности* его результатов. Это означает, что включенные в эксперимент задания должны оценивать именно ту черту, которая должна быть измерена. Так, просьба назвать все республики бывшего СССР не может быть использована для измерения памяти, поскольку на результат будет влиять интерес человека к истории и географии.

В процессе планирования и проведения эксперимента необходимо помнить и об *этических аспектах*, поскольку человек может быть недоволен попыткой испытывать его способности. Кроме того, для правильного проведения эксперимента мы часто вынуждены скрывать смысл предлагаемого задания, а это граничит с обманом. На практике следует предупредить человека о вашем намерении провести испытание и спросить его разрешения.

Применяя экспериментально-психологические методики и тесты, врач может решать различные задачи по характеристике психологических качеств пациента: оценивать его память, внимание, мышление, пытаться охарактеризовать его личность или определять характер его отношений с другими близкими людьми.

3.3.1. Психометрические методики оценки внимания, памяти и мышления

Типичной методикой оценки внимания является *корректурная проба* [Бурдон Б., 1895]. На стандартных таблицах с расположенными в случайном порядке буквами, цифрами (для детей — рисунками) испытуемым предлагается зачеркнуть во всех строках одну (или две) указанную исследователем букву. Определяются скорость выполнения задания, количество ошибок и пропусков. Очень важной характеристикой считается нарастание количества ошибок к концу выполнения зада-

ния, так как это свидетельствует об утомляемости, которая наблюдается при астенических состояниях самой различной природы.

Отсчитывание по Крепелину заключается в том, что испытуемый должен вычитать из 100 одно и то же число (обычно 7). Успешность выполнения задания зависит от сохранности интеллекта, памяти (пациент должен помнить инструкцию и промежуточные результаты), а также от способности поддерживать внимание. Если задание выполняется без затруднений, то сохранность внимания можно оценить, изменив задание и попросив испытуемого вычитать попеременно числа 7 и 8.

Пробы на запоминание заключаются в том, что пациенту предлагается запомнить 10 двусложных не связанных по смыслу слов или 10 бессмысленных двусложных звукосочетаний. Оценивают число повторений, необходимых для запоминания всех 10 единиц. Обычно здоровый человек запоминает 10 слов после 3—4 повторений, а бессмысленные звукосочетания — после 5—7. Через 20—30 минут можно оценить, сколько из 10 слов осталось в памяти.

Для оценки мышления больного предлагаются задания на *сравнение понятий* («Чем муха отличается от слона?»), классификацию понятий («Выделите из 4 предметов 3, которые образуют группу, назовите эту группу и объясните, почему 4-й предмет в нее не входит»), *объяснение смысла* пословиц и крылатых выражений. Детям обычно предлагают объяснить смысл картинки или серии картинок. Ответы пациентов оценивают по способности использовать для решения задания абстрактные понятия. Например, ответ «муха — насекомое, а слон — млекопитающее» основан на абстрактном мышлении, а «муха маленькая, слон большой» — на конкретном. Преобладание конкретного мышления у взрослых может указывать на снижение интеллектуальных способностей, пониженную способность к пониманию смысла происходящего.

Для оценки интеллектуальных функций также используют методы *выявления закономерностей*. Например, пациенту предлагают продолжить упорядоченный числовой ряд («1—3—5—7—?—?», «9—1—9—2—9—3—?—?»). Примером теста на поиск закономерностей являются *прогрессивные матрицы Равена* [Равен И. К., 1936], состоящие из 60 таблиц, в каждой из которых несколько фигур (обычно 8) расположено в определенном порядке, а на месте последней фигуры оставлено белое поле, которое необходимо заполнить одним из предлагаемых вариантов (рис. 3.1).

Следует понимать, что умение находить закономерности — это только одна из функций интеллекта. Для всестороннего исследования интеллектуальных способностей применяют батареи тестов, состоящие из самых различных словесных и невербальных заданий. Наиболее часто для оценки интеллекта

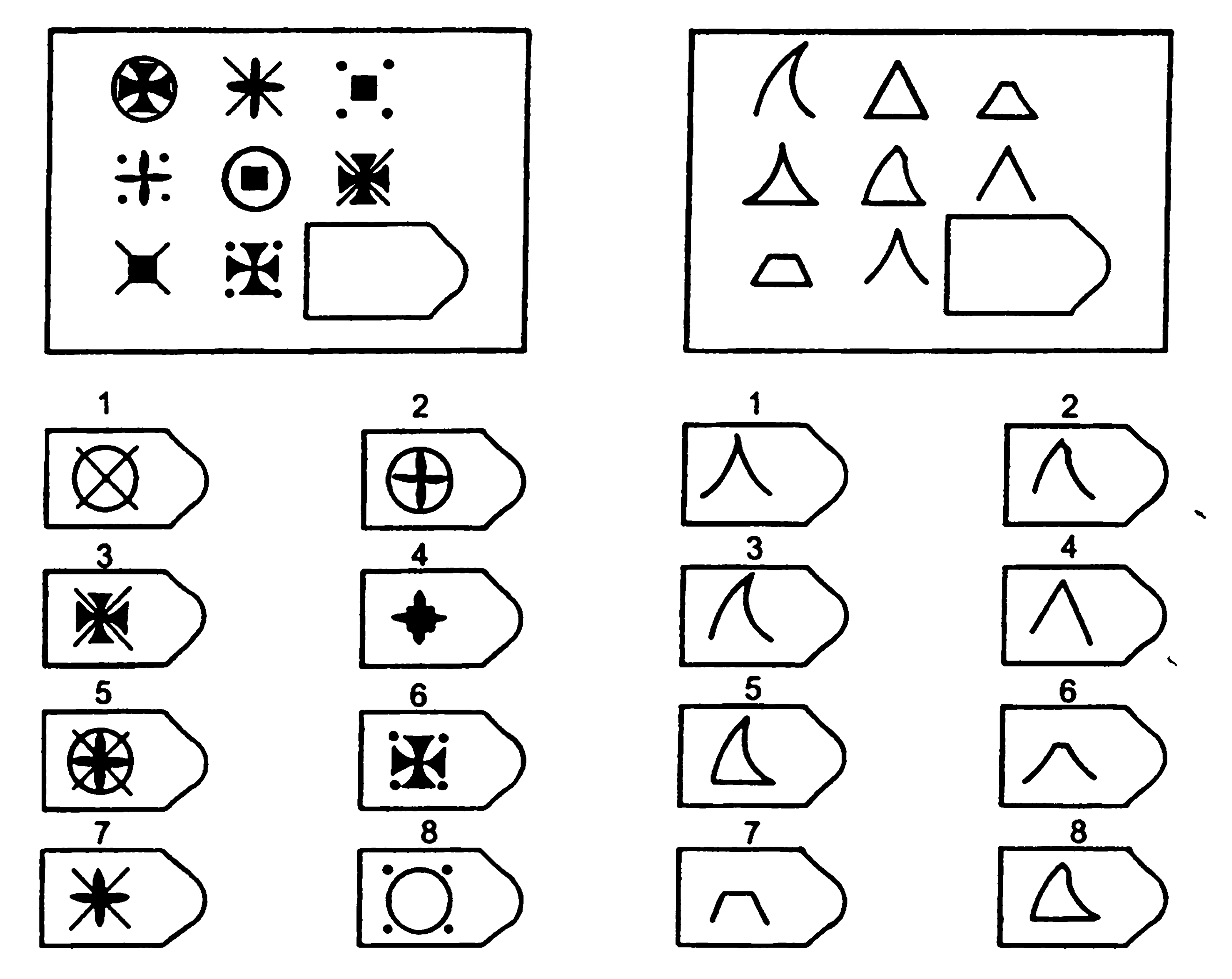


Рис. 3.1. Примеры заданий из прогрессивных матриц Равена.

применяют тест Векслера, который существует в двух вариантах: для детей — WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), для взрослых старше 16 лет — WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale). В методике для взрослых выделено 11 субтестов (6 словесных и 5 невербальных), которые анализируют такие параметры, как общая осведомленность, понимание ситуации, арифметические способности, память, способность сравнивать объекты; измеряют словарный запас, способность к абстрагированию, пространственному воображению и др. Результат оценки представляют в виде индекса IQ (Intelligence Quotient), который отражает соответствие интеллекта возрастной норме. Показатели IQ выше 100 % свидетельствуют о высоком интеллекте, опережающем развитии. Цифры от 70 до 90 % рассматриваются как пограничные, говорят об относительно низком интеллекте, но не рассматриваются как патологические.

Примерно рассчитать IQ у детей до 15 лет можно по формуле:

$$IQ = \frac{\text{Психофизиологический возраст}}{\text{Хронологический возраст}} \cdot 100\ \%.$$

При этом для определения психофизиологического возраста используют стандартные шкалы развития, например шкалы Гезела, Бине—Симона и Стенфорд—Бине (см. Приложение 3).

3.3.2. Методики оценки личности

Методики исследования личности разделяются на личностные опросники, шкалы самооценки и проективные методы. Следует понимать, что разработка методов исследования личности опирается на психологическую концепцию автора методики. Между различными учеными нет согласия относительно того, какие личные качества являются базовыми и отражают наиболее важные индивидуальные характеристики. Так, психологи психоаналитического направления предпочитают исследовать неосознаваемые процессы, поэтому они уделяют особое внимание проективным методикам и оценке механизмов психологической защиты. Психологи бихевиорального направления предпочитают оценивать взаимоотношения индивида со средой (например, оценка системы отношений). Исследователи гуманистического направления интересуются в первую очередь самооценкой и степенью самореализации. Психологи, преимущественно работающие с психически больными, разработали ряд методик, основанных на сравнении поведения здоровых людей с некоторыми симптомами психических расстройств.

Личностные опросники предполагают выбор ответов на ряд вопросов из нескольких вариантов. Обследуемый при этом может целенаправленно исказить результаты, выпячивая положительные и скрывая имеющиеся отрицательные качества личности. Поэтому важным требованием к создаваемым тестам является наличие специальных оценочных шкал, выявляющих целенаправленную установку. Влияние установки испытуемого тем больше, чем очевиднее цель исследования, поэтому монотематичные опросники считаются менее надежными (например, Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера—Ханина). Наиболее часто медицинскими психологами используются опросники Айзенка, MMPI и 16-факторный тест Кеттела.

Ганс Ю. Айзенк (1916—1997)—немецкий психолог, всю жизнь работавший в Великобритании, разработал множество тестовых методик, среди которых особенно часто используются методы оценки интеллекта и личностные опросники. В настоящее время применяют как более совершенный опросник EPQ (Eysenck Personality Inventory), так и ранние сокращенные версии EPI (Eysenck Personality Questionnaire) и MPI (Maudsley Personality Inventory). Текст состоит из вопросов, требующих ответов ДА или НЕТ. Все варианты теста содержат

вопросы, оценивающие искренность пациента («шкала лжи»). Результаты тестирования показывают выраженность таких черт личности, как «экстраверсия—интроверсия» (открытость, общительность—осторожность, замкнутость) и «невротизм—эмоциональная устойчивость» (ранимость, озабоченность—зрелость, решительность). В полном варианте теста (EPQ) предлагается также оценить выраженность «психотизма», т. е. асоциальности, вычурности, высокой конфликтности, равнодушия к чужому мнению, склонности к неадекватным эмоциональным реакциям. Опросник отличается компактностью (от 57 до 101 вопроса в разных вариантах), однако во многих случаях характеристика личности по 2—3 шкалам оказывается слишком общей, недостаточной для выработки психотерапевтической тактики.

Тест MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) разработан в США в 1943 г. (С. Р. Хатауэй, Дж. Маккинли). В оригинальном варианте содержится 550 утверждений, предполагающих ответы в виде оценок ВЕРНО или НЕВЕРНО. Создатели теста намеревались использовать его для диагностики психических расстройств, поэтому шкалы названы в соответствии с наиболее частыми психическими заболеваниями: «ипохондрия», «депрессия», «истерия», «психопатия», «паранойя», «психастения», «шизофрения», «мания». Также оцениваются выраженность мужских и женских черт и степень замкнутости. Психиатры скептически относятся к возможности использования этого теста для диагностики болезней, но считают его весьма полезным для характеристики личности пациента.

Особую ценность теста составляют 3 шкалы, оценивающие искренность пациента и его отношение к факту обследования. Вероятность влияния установки снижается также благодаря особой форме утверждений, которые часто не имеют очевидной связи с выявляемыми с их помощью чертами личности. В России применяется как полный перевод теста (Л. Н. Собчик), который не был стандартизован на российской популяции, так и модифицированный и специально адаптированный Ф. Б. Березиным и М. П. Мирошниковым вариант ММИЛ (методика многостороннего исследования личности), который прошел стандартизацию. Результат тестирования отражает как стойкие тенденции в личности больного, так и особенности текущего состояния. Отделить одно от другого часто не представляется возможным.

Шестнадцатифакторный тест Кеттела был разработан в результате формального математического анализа данных множества других личностных методик [Кэттел Р., 1963, 1966, 1970; русский перевод и адаптация Жамкочьян М. С., 1972]. Шкалы теста названы словами, малопонятными не только для обывателя, но и для большинства врачей и психологов (см.

табл. 6.1). Обследуемому предлагают выбрать ответ не из 2, а из 3 вариантов: да, нет, сомневаюсь. Тест позволяет получить большое количество информации для научных и социальных исследований, однако клиническая интерпретация результатов затруднительна из-за большого числа независимых переменных. Поэтому автор провел повторный факторный анализ для определения меньшего числа факторов 2-го порядка. В одном из вариантов определены 4 таких фактора: «удовлетворенность, пассивность—высокая тревога, дезорганизация», «интроверсия—экстраверсия», «чувствительность, осторожность—решительность, безрассудство», «конформность—независимость». Недостатком теста можно признать отсутствие шкал искренности.

Опросник Г. Шмишека (1970) разработан в соответствии с концепцией К. Леонгарда о личностных акцентуациях (см. раздел 6.2). С помощью ответов на 88 вопросов предлагается определить признаки 10 типов акцентуаций. В опроснике отсутствуют шкалы искренности, он также не измеряет степень экстраверсии—интроверсии. Текст опросника и методика оценки результатов приведены в Приложении 1.

Две интересные методики разработаны в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Они основаны на концепции психологии отношений (В. Н. Мясищев). Поэтому обследуемому предлагается выбрать утверждения, соответствующие его собственному отношению к наиболее важным аспектам жизни человека (самочувствие, настроение, еда, одежда, работа, деньги, закон, близкие, одиночество, будущее и пр.) *Патохарактерологический диагностический опросник* — ПДО [Иванов Н. Я., Личко А. Е., 1976, 1981] предназначен для выявления акцентуированных и психопатических черт у подростков.

Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) специально предназначен для обследования системы отношений человека в условиях лечения при самых различных соматических и психических заболеваниях. Его применение оказалось полезным для исследования внутренней картины болезни (см. главу 11).

Шкалы самооценки позволяют определить количественно выраженность той или иной черты человека по данным самонаблюдения. В процессе самооценки черты личности могут быть оценены в баллах или ранжированы (т. е. расположены в порядке важности или степени выраженности). Точность такой оценки сомнительна, однако она может быть сопоставлена с мнением другого человека (родителей, супруга, детей, сотрудников). Сопоставление мнения о себе с мнением о других людях и с оценкой идеала позволяет оценить степень удовлетворенности собой, выявляет завышенную и заниженную самооценку. По принципу шкалы устроена *методика Бекмана*—

Рихтера, включающая 40 противоположных утверждений, отношение к которым обследуемый должен выразить в баллах. Пример шкалы самооценки личности приведен в Приложении 2.

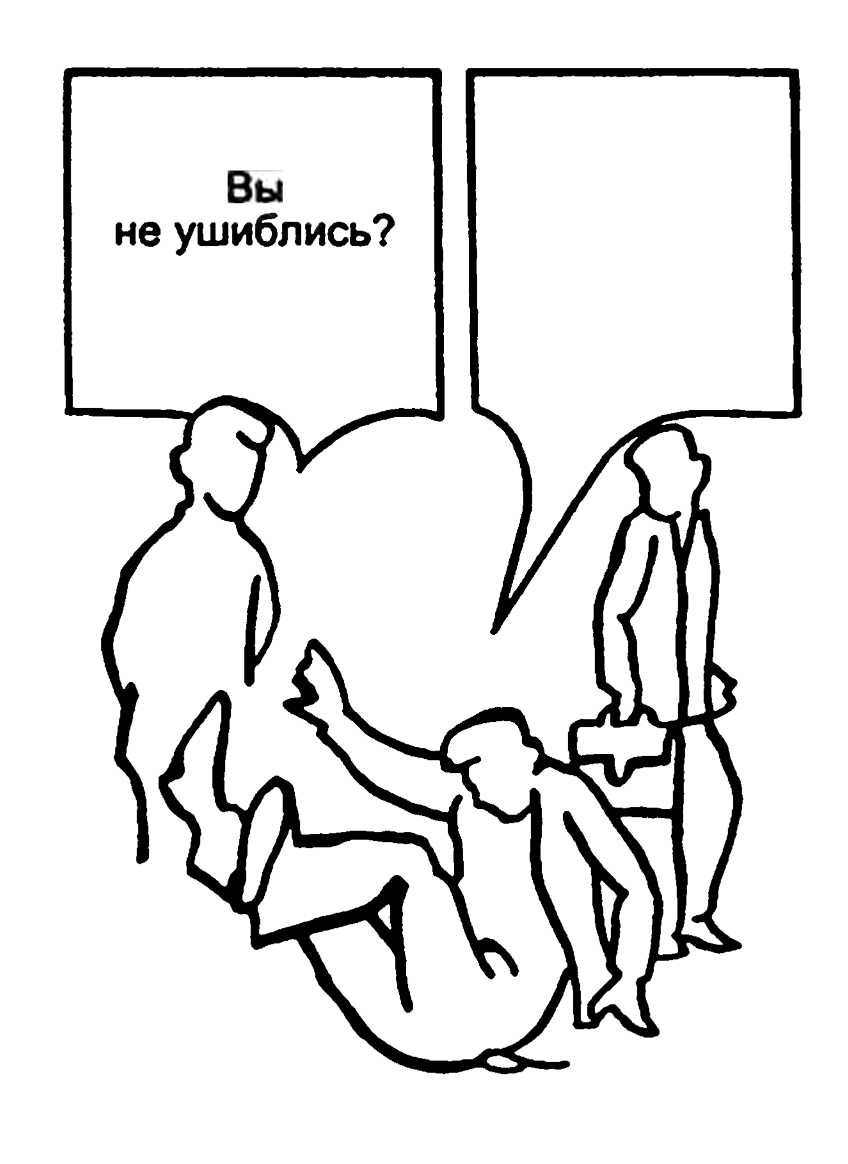
Проективные методики позволяют обследуемому самостоятельно конструировать свой ответ, не опираясь на какие-либо примеры или эталоны. С точки зрения психологов психоаналитического направления, это позволяет получить сведения о неосознаваемых психических процессах. С одной стороны, ценность проективных методик состоит в том, что почти невозможно фальсифицировать результат обследования, так как предлагаемые задания не содержат никаких эмоциональных оценок поступков и черт характера человека. С другой стороны, постоянно ведутся споры относительно валидности (надежности) диагностических оценок, сделанных на основании рисунков пациентов, составленных ими рассказов, их комментариев предлагаемых изображений или цветовых предпочтений. Для большинства таких тестов разработаны подробные правила интерпретации, однако успешность их использования зависит от подготовленности специалиста к проведению обследования и не исключает ошибки и субъективизма. Примером проективной методики можно считать попытки определения особенностей характера человека по его почерку. Хотя в почерке существуют определенные признаки, которые имеют связь с темпераментом человека, однако они не позволяют дать точной характеристики личности.

Метод незаконченных предложений состоит в том, что обследуемый самостоятельно сочиняет конец для нескольких предложений (например: «Будущее кажется мне...»). Составление окончаний требует от обследуемых некоторого усилия и творческой изобретательности, поэтому пациент может растеряться и отказаться от обследования. Разработаны методики, предлагающие несколько вариантов завершений, но в этом случае тест теряет свой проективный характер.

Графические тесты заключаются в том, что обследуемого просят самостоятельно сделать какое-либо изображение, не заботясь о его художественных достоинствах. Типичными заданиями являются изображение дерева, человека, дома, животного. Оцениваются размер рисунка, положение его на листе, количество деталей, плавность линий и наличие геометрических форм. Крупные и приподнятые вверх рисунки говорят об активности и самоуверенности, мелкие — о пониженной самооценке, большое количество деталей — об аккуратности и мелочности. При обследовании детей количество деталей может отражать степень психического развития.

Тематический апперцептивный тест — ТАТ [Мюррей Г. А., Морган К., 1935] опирается на рассказы, составленные обследуемым при рассматривании карт, на которых изображены

Рис. 3.2. Примеры таблиц из теста фрустрационной устойчивости С. Розенцвейга.





люди и предметы в неопределенных соотношениях и состояниях. Всего имеется 30 карт с рисунками и одна без изображений, которая предназначена для собственных фантазий обследуемого. Допускается предъявление направленных вопросов. Считается, что тест выявляет основные стремления, потребности, существующие конфликты и способы их разрешения.

Рисуночный тест фрустрационной устойчивости С. Розенцвейга (1954) предназначен для изучения поведения человека в условиях стресса и явного ущемления его потребностей (фрустрация). Тест состоит из 24 рисунков, на которых изображены примеры стрессовых ситуаций (рис. 3.2). По результатам теста можно судить об отношении человека к ситуации болезни и о вероятности возникновения психосоматических расстройств в ответ на стресс. При интерпретации оценивается направленность обвинений на себя, на других людей, на не зависящие ни от кого обстоятельства. Считается, что люди, выплескивающие свои чувства на других, чаще вступают в конфликт с обществом, а обвиняющие во всем себя чаще страдают психосоматическими заболеваниями.

В *тесте М. Люшера* (1947) обследуемому предлагается расположить цвета в порядке предпочтения от наибольшего к наименьшему. В упрощенном варианте методики используется набор из 8 цветов (серый, синий, зеленый, красный, желтый, фиолетовый, коричневый, черный). Интересно, что ав-

тор теста заметил сходные черты у людей, предпочитающих и отвергающих один и тот же цвет.

Метод Г. Роршаха (1921) считается одним из наиболее сложных в интерпретации, хотя длительное его применение позволило выработать подробный свод правил расшифровки, а специальные исследования свидетельствуют о его высокой валидности. Исследователь оценивает ассоциации, возникающие у пациента при разглядывании 10 симметричных чернильных пятен. Ответы отражают степень реалистичности восприятия, тревожность, активность, эмоциональность, чувствительность к внутренним или внешним побуждениям и многие другие черты личности.

3.3.3. Методы оценки межличностных отношений

Эти методы используют для оценки взаимоотношений в определенном коллективе (в семье, медицинском учреждении). Они важны для разработки тактики семейной психотерапии, а также для оптимизации работы группы сотрудников. Проведение таких обследований сопряжено с чрезвычайной опасностью этических нарушений, поэтому лучше всего доверить его профессиональному психологу. В качестве примера приводим характеристику двух методов из этой группы.

Тест-фильм Р. Жиля (1959) исследует отношение ребенка к членам его семьи. Выводы о характере семейных отношений делаются на основании того, с кем из членов семьи ребенок чаще всего располагает себя на рисунке. Например, предлагается выбрать место за круглым столом или в саду, где уже сидят другие члены семьи.

Разработкой методики *социометрии* занимался Дж. Морено (1892—1974) в Австрии и США в течение всей его жизни. Опрос каждого из членов коллектива относительно того, кого бы он хотел видеть рядом с собой (на новом месте работы, на дне рождения, в длительном туристическом походе), позволяет выделить среди членов группы лидеров, пренебрегаемых и изолированных, а также определить индекс групповой сплоченности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

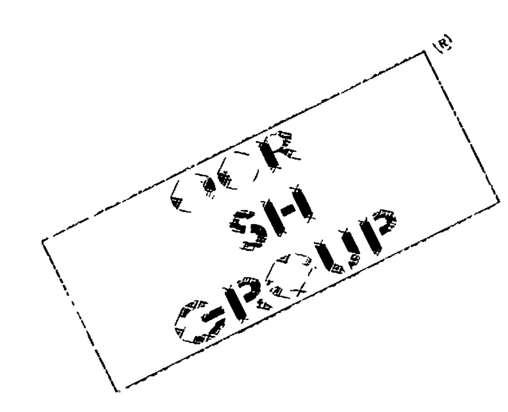
Альманах психологических тестов.— М.: КСП, 1995.

Анастази А., Урбина С. Психологическое тестирование.— СПб.: Питер, 2001.

Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика.— Киев: Здоров'я, 1986.

Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике / Отв. ред. С. Б. Крымский.— Киев: Наукова думка, 1989.

Зейгарник Б. В. Патопсихология.— 2-е изд.— М.: Изд-во МГУ, 1986.— 240 с.
Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л.: Медицина, 1983.
Кемпиньский А. Познание больного: Пер. с польск.— Минск: Выш. школа, 1998.
Петровский А. В. Введение в психологию.— М.: Изд. центр «Академия», 1995.
Практикум по основам психологии: Тесты и хрестоматия: Учеб. пособие для студентов медицинского института / Сост. В. А. Мельников.— Симферополь: СОНАТ, 1997.
Романова Е. С., Потемкина О. Ф. Графические методы в психологической диагностике.— М.: Дидакт, 1992.



Глава 4 ПОНЯТИЕ «ЛИЧНОСТЬ». СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ

Психология оперирует множеством характеристик психической жизни человека: эмоции, мышление, память, сознание, воля. Созданы методики для описания каждой из этих характеристик в отдельности, найдены *общие*, свойственные большинству людей закономерности в каждой из сфер психической деятельности. Эти общие черты часто бывают основой взаимопонимания людей, но также часто приводят к столкновению их интересов, поскольку оказывается, что многие претендуют на обладание одними и теми же ценностями. *Индивидуальные* особенности психики во многом определяют общественные взаимоотношения людей в самых различных ситуациях. С одной стороны, они могут служить причиной разногласий; с другой — знание и правильное использование индивидуальных особенностей людей позволяют выбрать наилучший метод их адаптации, найти наилучший способ организации их взаимодействия в коллективе и определить кратчайший путь к взаимопониманию. Поэтому в настоящем учебнике мы воздерживаемся от описания отдельных свойств психики и основное внимание уделяем понятиям индивидуальности и личности.

4.1. Понятие «личность»

Хотя слово «личность» широко используется в быту и в специальной психологической литературе, дать определение этого понятия весьма затруднительно. Во-первых, это объясняется тем, что такое определение всегда отражает исповедуемую автором теоретическую концепцию. Во-вторых, попытка перечислить какие-либо признаки этого понятия приводит к неоправданному расширению списка таких признаков и затрудняет понимание определения, которое получается в результате.

В поисках правильного представления о понятии «личность» можно сравнить две взаимоисключающие точки зрения на это понятие. Одну из них можно сформулировать так: «Личность человека — это то, какой отпечаток он оставляет в душах и чувствах других людей». Противоположное мнение гласит: «Личность есть то, что есть человек в действительности». Каждое из этих утверждений не лишено здравого смысла и в то же время слишком категорично и поэтому не вызывает доверия. Действительно, при оценке личности мы не можем игнорировать отклик общества на индивидуальные качества и

отдельные поступки человека. Так, в сердцах миллионов людей рождаются личные чувства по отношению к Анне Карениной, Жюльену Сорелю, Скарлет О'Хара, однако таких людей не существовало в действительности — значит, их личность не существует без эмоциональной оценки других людей. Вместе с тем человек производит на разных людей подчас противоположное впечатление, невольная обида долго живет в сердце и может навсегда испортить мнение о человеке, но такое мнение нельзя считать истинной характеристикой личности. Также верно то, что как бы человек ни пытался скрыть от окружающих свой внутренний мир, каким бы обманчивым ни было первое впечатление о нем, длительная совместная деятельность людей позволяет распознать самые существенные и глубинные свойства личности («то, что есть на самом деле»).

Попытка составить определение личности человека из объективного измерения и описания отдельных его черт также была бы неверной. Ведь какую бы черту человека мы ни выбрали, мы всегда сможем найти немало людей, у которых та же черта выражена в той же степени. А вот личность знакомого нам человека уникальна, легко распознаваема среди массы чужих для нас людей. Кажется логичным, что личность следует характеризовать не через уникальность ее черт, а через индивидуальное их сочетание; но в таком случае возникает вопрос, какие из черт следует включить в список важнейших для характеристики личности. Кроме того, мы часто находим сходство в личностях людей, многие качества которых (внешность, уровень образования, материальное положение) существенно отличаются друг от друга.

Важно понять, что для создания представления о личности человека недостаточно перечислить его поступки и психологические качества. Личность невозможно непосредственно наблюдать, но мы можем составить представление о личности человека посредством *анализа* его поступков (и их мотивов) и последующего их *синтеза* в единый образ. Так, из множества производимых им действий мы выделяем типичные, тесно связанные с его внутренним миром поступки и случайные, противоречащие его образу мыслей и складу характера. А создав целостное представление о человеке, мы находим подтверждение своего мнения в одних сведениях о нем и пытаемся исправить свои ошибки, получив другие сведения, противоречащие нашим ожиданиям.

Для характеристики уникальности человека мы часто пользуемся понятием индивидуальность (от лат. individuum — неделимое). Однако не все индивидуальные качества важны для характеристики личности. Так, человек может иметь уникальные особенности строения тела, состав форменных частиц крови, но это не имеет значения для его социальных отноше-

ний, а значит, не относится к понятию «личность». А вот озабоченность человека по поводу имеющегося, по его мнению, телесного недостатка является важной социальной характеристикой, особенно в том случае, когда в глазах окружающих такого недостатка нет вовсе.

Вызывает сомнение и сама попытка охарактеризовать личность через ее неповторимость. В действительности мы часто при анализе личности человека опираемся не только на его отличие от других людей, но и на его сходство с какими-то приятными или неприятными нам людьми.

Личность реализуется в процессе общения, это понятие лишается смысла в отрыве от общества. Вместе с тем личность — это продукт, созданный обществом на основе заложенных в человеке индивидуальных качеств. Так, редкие случаи воспитания людей в стае животных в изоляции от общества («дети-маугли») показывают нам, что в этом случае индивидуальные свойства человека не проявляются какими-либо качествами, необходимыми для его включения в общество людей. Это значит, что такие люди не могут состояться как личности.

Среди психологов нет единого мнения относительно того, следует ли считать личность стойкой характеристикой человека или она изменчива. Большинство авторов согласны с тем, что наиболее выраженная динамика в развитии личности наблюдается в детстве. Поскольку при рождении младенец не может рассматриваться как личность, ее становление происходит в процессе роста, воспитания и самореализации. В этом смысле мы можем утверждать, что личность не является абсолютно стабильной. Изменения личности взрослых также возможны: так, при некоторых психических и соматических заболеваниях (шизофрения, органические поражения мозга, эндокринные заболевания) изменения личности рассматриваются как типичный симптом. В то же время для здорового человека характерно стремление сохранить свою самоидентичность. При общении со знакомыми нам людьми мы также рассчитываем на то, что они сохраняют те же психологические качества, какие мы наблюдали у них прежде. Таким образом, и стабильность, и способность к изменениям являются важными качествами личности.

Если личность человека изменилась в результате болезни, можем ли мы считать этого человека другой личностью, отличной от той, которая была раньше? Нам кажется неверным рассматривать актуальное состояние личности в отрыве от ее истории. Личность больного человека, хотя и изменилась, но базируется на всем его предыдущем опыте. Многие его интересы, склонности, предпочтения сохраняются даже при тяжелых психических расстройствах и определяют поведение человека. Поэтому нам кажется абсолютно правильной точка зре-

ния Г. А. Мюррея: «История личности есть личность». Итак, подведем итог сказанному.

Важными в определении понятия личности мы считаем следующие положения:

- личность формируется в процессе предметной деятельности и общения
- личность проявляется в процессе предметной деятельности и общения
- представление о личности человека нельзя получить простым перечислением его свойств
- личность описывает не настоящее состояние, а всю историю жизни человека («история личности есть личность»)
- личность нельзя наблюдать непосредственно — представление о ней складывается в процессе разделения социально значимых качеств на существенные и несущественные и последующего объединения их в целостный образ
- личность человека складывается (меняется) в процессе его развития, при этом более зрелая личность больше стремится сохранить неизменность (стабильность) основных своих качеств

4.2. Основные структурные элементы личности

Рассуждая о структуре личности, не следует забывать о том, что мы говорим о нематериальном объекте. Мы формируем понятия о психике по аналогии с естественными науками, в которых мы можем создать приборы, чтобы изучить и подтвердить наши представления о структуре внутренних органов, структуре клетки, структуре атома. В психологии мы не можем подтвердить или опровергнуть нашу концепцию относительно структуры личности, потому что в материальном мире этот объект не существует. Поэтому каждая из научных концепций личности имеет свою модель, имеющую право на существование. Важно выделить то полезное, что мы можем учесть в нашей практической работе с больным и коллегами.

Так, в разделе 2.1 мы уже описали представления З. Фрейда о структуре личности, состоящей из ИД, СУПЕР-ЭГО и ЭГО. Основным достоинством этой схемы является ее динамический характер, предполагающий наличие постоянного источника движения в виде противоборства стремления к удовольствию, исходящему из ИД, и морального пресса со стороны СУПЕР-ЭГО. Важным компонентом данной концепции является то, что большая часть этой борьбы незаметна ни для человека, ни для окружающих, поскольку она происходит в

области бессознательных процессов (см. рис. 2.1). Однако такое представление о структуре личности показывает, что между разными людьми существует больше сходств, чем различий. Особенности людей в таком случае определяются в первую очередь силой каждого из выделяемых элементов, т. е. люди с сильным СУПЕР-ЭГО отличаются избыточной совестливостью, пониженной самооценкой, склонностью к самопожертвованию; люди с преобладанием силы ИД — стремлением к удовольствию, эгоцентричностью, капризностью, а обладающие сильным ЭГО — рассудочностью, организованностью, целеустремленностью.

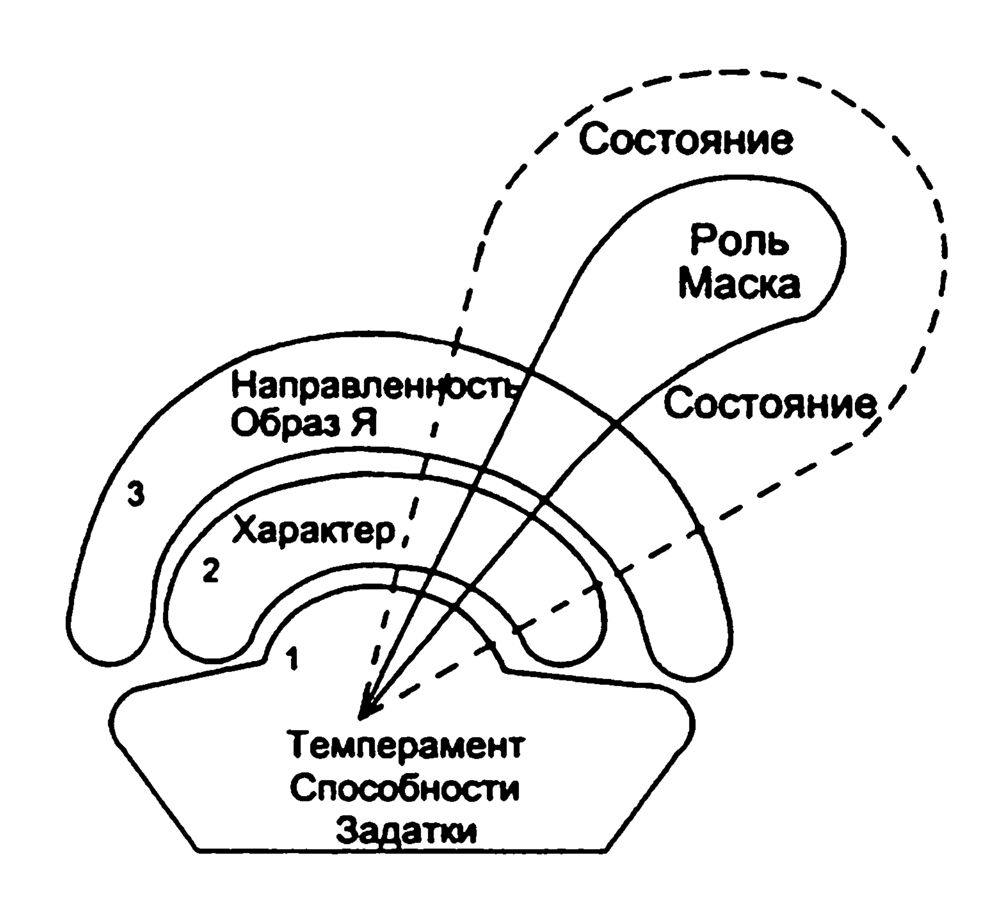
В соответствии с концепцией К. Роджерса и гуманистической школы, основными процессами, определяющими личность человека, следует считать сопоставление собственного представления о себе (образ Я) и имеющегося представления об идеале (идеал Я). Таким образом, взаимодействие этих двух структур определяет равновесие личности (состояние конгруэнтности), степень самоуважения. В гуманистической концепции уделяется особое внимание уникальности каждого человека, осуждается негативное отношение к каким-либо его стремлениям. В таком случае анализ особенностей личности не представляет большого интереса для разработки психотерапевтической тактики, поскольку любой человек заслуживает безусловной положительной оценки.

У исследователей, разрабатывающих инструменты для количественной оценки различных аспектов личности (Г. Ю. Айзенк, Р. Кэттел, Г. Оллпорт), наибольший интерес вызывает поиск «базисных черт личности». Такие черты, по мнению ученых, описывают наиболее выраженные отличия людей друг от друга. Каждую из черт можно оценить по специально предназначенной для этого шкале, а окончательный образ синтезировать путем сложения данных всех шкал. В результате попыток составить картину личности из отдельно взятых элементов (кубиков, мозаики) получается слишком статичный, лишенный живости образ, напоминающий человека, сшитого из отдельно взятых органов. Ведь для понимания строения организма важно не только знать размеры и форму этих органов, но и то, как они формировались в процессе развития, а также как они взаимодействовали между собой.

Для врача, с нашей точки зрения, наиболее привлекательной моделью является концепция Б. Г. Ананьева (1907—1972) о многоуровневой организации человека. Он считал невозможным изучать психическую жизнь человека в отрыве от его биологической сущности. Таким образом, выделяется три уровня организации личности: *биологический* (психофизиологическая конституция), *поведенческий* (выработанные в процессе воспитания, типичные формы поведения) и

Рис. 4.1. Три уровня организации личности.

1 — биологический; 2 — поведенческий; 3 — духовный.



духовный (сфера ведущих мотивов, личностных смыслов, убеждений). Интересно, что для описания типов личности используются слова, сходные по смыслу: темперамент, характер, индивидуальность. При сопоставлении с концепцией Б. Г. Ананьева становится понятным, что каждое из этих понятий описывает личность, но на разном уровне ее организации (рис. 4.1).

Таким образом, наиболее точное описание личности включает описание его особенностей на всех уровнях организации.

Способности — это психологические особенности человека, определяющие его успешность в приобретении знаний, умений и навыков. Наличие способностей не означает наличия навыков и знаний как таковых, однако указывает на легкость, с которой эти новые знания приобретаются. Исследования подтверждают значительную роль наследственных биологических факторов в формировании способностей человека. Однако в отличие от *задатков*, которые обусловлены исключительно биологическим статусом человека, способности требуют развития и совершенствования. Так, способность говорить может не сформироваться, несмотря на присутствие всех необходимых задатков для этого, если ребенок вырастает в условиях социальной изоляции (например, немота у глухого человека). Также следует учитывать, что приобретенный опыт обучения, имеющиеся к данному моменту знания человека позволяют ему усвоить больший объем новых сведений в будущем.

Темпераментом называют комплекс относительно устойчивых, биологически обусловленных характеристик, описывающих *динамику* протекания психических процессов индивида. Таким образом, темперамент описывается через скорость, силу, подвижность психических процессов, чувствительность, способность к длительному поддержанию активности, преобладающий фон настроения. Темперамент человека проявляется не только в его поступках, но и в речи, почерке, мимике и жестикуляции. Основные свойства темперамента можно проследить с раннего детства, они отличаются постоянством и

проявляются в самых разных сферах поведения и деятельности. При этом следует учитывать, что устойчивость свойств темперамента относительна. Изменения в темпераменте могут происходить под прессом серьезных болезней. Так, многие эндокринные заболевания (гипо- и гипертиреоз, синдром Кушинга) и психические расстройства (шизофрения, эпилепсия) приводят к резкому и необратимому изменению темперамента. Медленная эволюция темперамента заметна также при сравнении подвижности психики молодых и пожилых людей.

Темперамент и способности служат основой формирования высших уровней организации личности — характера и направленности. Так, слабый по темпераменту, быстро утомляющийся человек вряд ли станет трудолюбивым (черта характера), а лишенный математических способностей вряд ли будет интересоваться математикой (аспект направленности). Однако у зрелой, сформировавшейся личности характер и направленность приобретают определенную автономность — таким образом, при болезненном изменении способностей и темперамента черты характера и интересы сохраняются, даже если они больше не опираются на соответствующие биологические предпосылки. Так, пожилой спортсмен сохраняет интерес к спорту, даже если он сам не имеет ни сил, ни способности участвовать в спортивных состязаниях. Это может стать источником ошибок при оценке текущего состояния способностей и темперамента. Например, врач, оценивая интеллект, может неправильно расценить то, что человек использует в речи сложные термины, и не заметить его слабоумия, если не проведет специальное испытание.

Характер — это основанная на приобретенном опыте общения и деятельности устойчивая система личностных качеств, определяющая *типичные для индивида способы поведения*. Черты характера формируются на основе биологически обусловленных качеств (темперамента и способностей), но мы не можем рассматривать сам характер как биологическое свойство, поскольку он развивается в процессе воспитания. В частности, в формировании стереотипов поведения значительную роль играет копирование поступков родителей и других авторитетных для ребенка лиц (для подростков это сверстники). Важнейшей основой формирования характера является воля — не случайно понятия «безвольный» и бесхарактерный» звучат как синонимы. Понимание характера человека позволяет нам предвидеть, как он будет вести себя при тех или иных обстоятельствах. В литературе указывается значительное число черт характера, однако различные черты сочетаются у одного человека не случайно. По мнению В. Н. Мясищева, поведение человека во многом зависит от сложившейся *системы отношений*, а черты характера отражают эти отношения. Например, о т н о ш е н и е к с е б е проявляется самолюбием,

уверенностью в себе, чувством собственного достоинства, самоотверженностью или самокритичностью, отношение к другим — доброжелательностью, эгоизмом или альтруизмом, упрямством или уступчивостью, великодушием, подозрительностью и злопамятностью, отношение к делу — трудолюбием или леностью, легкомыслием или вдумчивостью, добросовестностью или халатностью, педантичностью, энтузиазмом или пассивностью, отношения к вещам — аккуратностью, бережливостью, щедростью.

Помимо указанных отдельных черт характера, большое значение имеют такие общие свойства характера, как целостность (непротиворечивость), твердость, устойчивость и пластичность. Хотя эти качества кажутся взаимоисключающими, но их отсутствие может стать причиной серьезной дезадаптации. Так, непластичный человек не может находить компромиссов и согласия с другими, а лишенный твердости и устойчивости непредсказуем, ненадежен, не имеет собственного мнения.

Черты характера отличаются значительной стойкостью: даже при возникновении серьезных заболеваний мы часто обнаруживаем, что поведение человека во многом определяется его преморбидным (существовавшим до болезни) складом характера. Среди потребностей человека многие психологи указывают «стремление сохранить верность себе и своему характеру», поэтому человек тяжело переживает необходимость поступать не в соответствии со своим характером. Все же при тяжелых заболеваниях (шизофрения, травмы, опухоли мозга, церебральный атеросклероз, мозговая атрофия) характер человека может меняться.

Направленностью называют совокупность устойчивых мотивов (потребностей), ориентирующих деятельность личности в самых различных ситуациях. Направленность личности можно охарактеризовать через преобладающие склонности, интересы, установки, убеждения и мировоззрение. Наличие *интереса* заставляет человека искать большей информации о предмете, *склонность* выражается в непосредственном участии в определенной деятельности. *Установкой* называют предвзятость, т. е. не всегда осознаваемую стойкую готовность определенным образом воспринимать, трактовать информацию и действовать в соответствии с этим. Установки отличаются категоричностью, алогичностью, стойкостью. Примерами установок могут быть такие категоричные фразы: «Никому нельзя доверять», «Главное в жизни — не ударить в грязь лицом», «Что Бог ни сделает — все к лучшему». У многих людей имеющийся жизненный опыт, накопленные знания, стойкие заблуждения, сформировавшиеся установки составляют вместе стройную систему представлений, которую можно назвать *мировоззрением*. Круг интересов, увлечений, преобладающие убе-

ждения формируются в течение всего детства и юности. Уже сформировавшиеся убеждения отличаются стойкостью и редко поддаются переосмыслению. Это можно наблюдать на примере стойкости политических и религиозных убеждений.

Направленность может опираться на имеющиеся у человека способности или противоречить им. Так, человек может заниматься спортом, потому что видит у себя способности к этому или потому что хочет компенсировать свои недостатки. Довольно часто человек заявляет о своем интересе, но ничего не делает в этом направлении, поэтому для характеристики личности важно не только перечислить имеющиеся интересы, но и оценить реальные *достижения (успех)* в реализации способностей и интересов. Как показывает опыт, сами достижения могут усиливать интерес, заставлять человека все большее время уделять данному предмету.

Большое значение для характеристики личности имеет *самосознание*. Представление о самом себе составляет устойчивую внутреннюю картину, называемую «образом Я» (Я-концепцией). ***Образ Я*** представляет собой установку, в соответствии с которой индивид оценивает свои качества, формирует перспективы и действует. Таким образом, поведение человека во многом определяется его самооценкой и *уровнем притязаний*. Завышенная самооценка заставляет человека строить нереальные планы, брать на себя невыполнимые обязательства. Человек с завышенной самооценкой притязает на не соответствующее его способностям доминирующее положение, вызывает раздражение окружающих. Чрезмерные притязания могут заставлять больного искать другого специалиста, если его врач высказывает сомнение в возможности полного излечения. Человек с пониженной самооценкой, наоборот, склонен к ограничительному поведению, уходу от проблем, пессимистической оценке своих перспектив. Этому соответствует низкий уровень притязаний. В медицине это проявляется, например, отказом от лечения на том основании, что «все равно не поможет». Хотя для каждого человека характерен определенный уровень самооценки, эта черта не является стабильной и зависит как от внутреннего состояния, так и от сложившейся ситуации. Предлагается условная формула, основанная на мнении о том, что человек всегда стремится сохранить высокий уровень самоуважения.

$$\text{Самоуважение} = \frac{\text{Достижения (успех)}}{\text{Притязания}}.$$

В соответствии с этой формулой врач может влиять на поведение пациента, подчеркивая достигнутый успех или акцентируя внимание на отсутствии каких-либо достижений. Таким образом, похвала, радость по поводу успеха, достигнутого в

лечении, могут заставить больного притязать на большее (дать согласие на обследование, операцию, проведение химиотерапии).

Больная 65 лет поступила в неврологическое отделение с парезом обеих ног. Осмотр и анализ имеющихся сведений позволили предположить наличие опухоли в спинномозговом канале. Было предложено рентгенологическое обследование с контрастированием. Врач предупредил, что введение контрастного вещества может привести к усилению расстройства движений в ногах. Больная наотрез отказалась от обследования, однако не выразила протеста по поводу предложения поговорить с психиатром. Психиатр расспросил больную о ее жизни. Выяснил, что она во время войны участвовала в партизанском движении, имеет боевые награды. Похвалил больную за смелость, подтвердил, что ее решение лечь в больницу и вылечиться свидетельствует о ее решительности. Указал, что обследование — это путь к выздоровлению. Почувствовав гордость за себя, больная охотно дала согласие на обследование.

Правильная оценка личности сопряжена со множеством трудностей, поскольку личность проявляется в бесчисленных поступках, высказываниях, сменяющейся мимике и интонации, особенностях внешнего вида (*сигналы личности*). Какие из признаков следует считать типичными, а какие случайными? Ответ на этот вопрос требует наблюдения и оценки личностных сигналов в различных состояниях и различной обстановке.

Состояние в отличие от характера и темперамента — это изменчивая категория, отражающая сиюминутную обстановку на всех уровнях организации человека (например, состояние биологического нездоровья, состояние готовности к действиям, состояние разочарования в идеалах). Даже в особых ситуациях и нетипичном состоянии человек часто действует вполне типичным образом, т. е. имеется некоторый диапазон допустимых реакций и переживаний. Так, один из больных стремится выплеснуть свое недовольство во время болезни, а другой чувствует раздражение, но сдерживает его внутри себя. В то же время в состоянии подавленности и усталости человек производит впечатление замкнутого и пассивного, что может совершенно не соответствовать его обычному поведению. Состояние может быть осознано, но сознательными усилиями мы обычно не можем повлиять на наше состояние. Однако человек может сознательно или подсознательно не проявлять некоторых своих чувств в поведении. Это можно продемонстрировать при обсуждении понятий роль и маска.

Роль — это поведенческий стереотип, обусловленный типом межличностных (групповых) взаимоотношений. Один и тот же человек в течение каждого дня выступает в нескольких ролях: сына, отца, начальника, футбольного болельщика, соседа. Для каждой из этих ролей существует определенный набор

допустимых действий, поэтому поведение человека в разных ситуациях будет непохожим. Во всех этих случаях человек ведет себя искренне, а окружающие, зная о правилах в данной ситуации, воспринимают его естественно. При работе с пациентом мы не можем не учитывать то, что поступки больного и наши высказывания во многом отражают роли, в которых мы выступаем.

Маска—это целенаправленное сокрытие своих чувств и намерений. Хотя неискренность может быть замечена окружающими и часто вызывает осуждение, но в некоторых случаях она может быть полезна для установления отношений, необходимых для продуктивного взаимодействия. Так, врачу часто приходится скрывать свои истинные чувства по отношению к больному (раздражение, жалость, скуку, смех) или особенности своего состояния (растерянность, усталость). Использование маски больным может помешать врачу правильно распознать истинные черты его личности. Так, тревожные пациенты часто боятся показаться окружающим навязчивыми и незрелыми и поэтому проявляют холодность, формализм, подчеркнутую вежливость в общении.

Рассказывая о сложности понятия «личность», мы старались подчеркнуть то, что полноценная диагностика личности невозможна без анализа самой разнообразной информации о человеке (анамнез, данные наблюдения, результаты тестирования, опрос родных). Не зря говорят, что узнать человека можно, если «съесть с ним пуд соли».

4.3. Развитие личности

Как происходит формирование личности? Какие факторы определяют отличие людей друг от друга? Как зависит влияние социального окружения от возраста, в котором человек подвергается этому влиянию? Ответы на все эти вопросы имеют чрезвычайное значение для формирования тактики воспитания детей, для поиска взаимопонимания с людьми самых различных возрастов, для предвидения проблем, с которыми приходится сталкиваться каждому человеку при достижении определенного возраста. Практические аспекты работы с пациентами различных возрастов мы более подробно обсудим в главе 16. А в настоящем разделе мы хотим представить некоторые теоретические концепции, рассматривающие эти вопросы с различных точек зрения.

Между существующими концепциями при всем их многообразии сохраняется противоречие, которое можно заметить уже при сравнении точек зрения знаменитых философов Джона Локка (1632—1704) и Жан-Жака Руссо (1712—1778). Основная идея Локка состояла в том, что сознание ребенка

Таблица 4.1. Периоды развития и возрастные кризисы с точки зрения авторов психодинамического направления

Возраст	По Фрейду	По Эриксону	По Юнгу
0—15 мес	Оральная	**Надежда** (доверие против подозрительности)	Преобладание экстраверсии
16 мес—3 года	Анальная	**Воля** (автономия против стыда и сомнений)	
4—5 лет	Фаллическая (Эдипов комплекс)	**Намерение** (инициативность против чувства вины)	
6—11 лет	Латентная	**Компетентность** (трудолюбие против чувства неполноценности)	
Юность	Генитальная	**Верность** (идентификация против спутанности ролей)	
Молодость	—	**Любовь** (близость против изоляции)	
Зрелость	—	**Забота** (продолжение себя против поглощенности собой)	Кризис середины жизни
Старость	—	**Мудрость** (целостность личности против отчаяния)	Преобладание интроверсии

можно сравнить с *tabula rasa,* чистой доской, на которой воспитание оставляет след знаний, умений и норм поведения. Романтик Жан-Жак Руссо, напротив, считал, что ребенку от природы свойственны и любознательность, и нравственная чистота, а воспитание делает его лишь более хитрым, конформным, негибким, порабощает его свободу мысли. Он также заметил, что развитие происходит в соответствии с некоторым биологическим расписанием, поэтому в разное время человек проявляет способность и готовность к приобретению разных навыков.

Наибольший интерес к динамике развития личности проявили психологи **психодинамического направления**. Зависимость проблем человека от особенностей его развития в детстве является одной из основных концепций психоанализа. С точки зрения Фрейда, развитие человека определяется формами реализации его либидо. В детстве удовлетворение сексуального влечения осуществляется через иные виды деятельности: прием пищи, физиологические отправления, самолюбование и пр. Таким образом, Фрейд выделил 5 основных фаз развития личности: оральную, анальную, фаллическую, латентную, генитальную (табл. 4.1). Необходимость преодоления

всех этих фаз Фрейд считал биологически обусловленной чертой человека. Проблемы, возникающие при удовлетворении базовых потребностей (и наказание, и сверхзаботливость), приводят к фиксации (задержке) в развитии личности и к попыткам взрослых людей удовлетворить либидо детским способом. В тяжелых жизненных ситуациях поведение взрослых может быть обусловлено *регрессией*, т. е. возвращением к более ранним формам сексуальности.

В *оральной фазе* либидо удовлетворяется в процессе грудного вскармливания (сексуальность концентрируется в области рта). Появление зубов в этом возрасте становится основой первых форм детской агрессии. У взрослого вариантами орального поведения считают поцелуи, курение, грызение сухарей и чипсов, брань. Фиксация на этой фазе, с точки зрения Фрейда, может проявиться в стремлении получить заботу и защиту, укрыться от судьбы («припасть к груди») или, наоборот, в виде оральной агрессии, т. е. цинизма, недоверия к окружающим, брани («оскалиться на всех»). В *анальной* фазе либидо удовлетворяется через дефекацию. В этот период формируется стремление к поддержанию чистоты и порядка. Фиксация на этой фазе проявляется чувством стыда, упрямством, скупостью, избеганием неопределенности, педантизмом или, наоборот, дарением подарков, ненавистью к вещам, стремлением ломать и крушить добро, чувством власти и могущества. *Фаллическая* фаза связана с осознанием своего пола и интересом к гениталиям. Важной задачей ребенка на этом этапе становится усвоение ролей, свойственных своему полу. Это достигается путем копирования (идентификации) поведения родителей. Результатом такого копирования у мальчиков становится конкуренция с отцом за обладание матерью («эдипов комплекс»), а у девочек — конкуренция с матерью за обладание отцом («комплекс Электры»)*. Фиксация на этой стадии у мужчин проявляется непостоянством, стремлением демонстрировать всем свою мужественность, сочетающимися с самообвинением, а у женщин — кокетством, соблазнительной наивностью или, наоборот, сексуальной ненасытностью, сочетающейся с ненавистью к противоположному полу. Многие сексуальные дисгармонии (фригидность, гомосексуализм, промискуитет) связывают с этой стадией развития. Фрейд не уделял внимания дальнейшему развитию человека, считая, что в *латентной* фазе явного проявления сексуальности не наблюдается, а для *генитальной* стадии характерно поведение зрелого человека, который способен любить другого, не заботясь о преодолении своих детских комплексов.

---

* Названия заимствованы из древнегреческих легенд о царе Эдипе, который убил своего отца и женился на своей матери, и Электре, которая помогала брату отомстить за их отца и убить мать.

Эрик Эриксон (1902—1994) развил теорию Фрейда. Он считал, что в каждом из периодов жизни людям приходится сталкиваться с вопросами, от решения которых зависит их судьба. Эриксон не связывал фазы развития исключительно с удовлетворением сексуальной потребности. Он считал, что оральной фазе соответствует формирование чувств защищенности и доверия, анальной — воли, фаллической — инициативности. В *латентной* фазе формируются профессиональные навыки, стремление к достижению мастерства и компетентности. Юность (генитальная фаза), с точки зрения Эриксона,— это время выбора своего места в жизни, он осуществляется путем пробы себя в разных группах и разных ролях (например, в рок-группе, туристической компании или группе болельщиков). Фиксация на этой стадии приводит к ощущению, что выбран неправильный путь в жизни, что слишком поздно все начать сначала. Задачей *молодости* является создание близких отношений, основанных на взаимопонимании и взаимной заинтересованности в чувствах и ценностях другого человека. Отказ от близости наказывается чувством одиночества и неразделенности. *Взросление*, которое связывают с возрастом 35—40 лет, сопровождается кризисом, когда достигнутый успех может смениться чувством утраты смысла жизни, разочарованием в идеалах, потерей интереса. Умение найти пути дальнейшего самосовершенствования, стремление передать свои навыки детям, воплотить себя в учениках свидетельствуют об успешном разрешении этого кризиса. Наконец, *старость*, которая ассоциируется с уходом от дел, появлением болезней и беспомощности, с точки зрения Эриксона, является периодом осмысления пройденного пути, что выражается в чувстве порядка, удовлетворенности собой, примирении со своим ослабевшим телом. Страх смерти, горечь по поводу прожитой жизни свидетельствуют о том, что основная задача этой фазы не решена.

В концепции ***К. Г. Юнга*** особое внимание уделяется направленности психики вовне (экстраверсия) или внутрь себя (интроверсия). Детство, юность и молодость Юнг рассматривал как период преимущественно экстравертной деятельности (поиск друзей, доказательства собственной значимости, стремление к доминированию), а старость — интровертной (осмысление жизни, умение сдерживать порывы, мудрость и молчаливость). Особый интерес у Юнга вызывал кризис середины жизни, когда происходят перелом стереотипов, примирение с противоположными ролями. Так, мужчина находит в себе не только стремление к карьере и доминированию, но и чувствительность, сентиментальность. Женщина же, наоборот, берет на себя инициативу, освобождается от своей зависимости и ищет реализации себя в работе.

Альфред Адлер считал, что важнейшим фактором развития

человека является *социальный интерес*, т. е. стремление занять определенное место в обществе, вероятнее всего человек стремится к доминированию. Реализации этой потребности препятствует *«комплекс неполноценности»*. Человек, преодолевший комплекс неполноценности, переходит от эгоцентрической позиции к формированию равноправных отношений с окружающими, основанных на сотрудничестве. Сохранение комплекса неполноценности у взрослого человека проявляется либо пессимизмом и самобичеванием, либо жестокостью и тиранией. Развитие личности, с точки зрения Адлера, невозможно анализировать без учета того, какие цели ставит перед собой человек, каким видит свое будущее. Довольно часто эти цели бывают алогичными и трудновыполнимыми (например, «никогда не давать себя в обиду»), но они сильнее, чем логика, влияют на наше поведение. Среди социальных факторов, влияющих на развитие личности, особое внимание Адлер уделял порядку рождения детей. По его наблюдениям, старший сын в семье обычно более активен, напорист, может отстаивать свою позицию (среди президентов Америки подавляющее большинство — первенцы в семье), но также часто вступает в конфликты (преступления, пьянство). Младший ребенок избалован, имеет лучшее образование, талантлив, но непрактичен и склонен к неврозу. Средние дети развиваются в тени своих обожаемых братьев, они более ущемлены, амбициозны, не так ярко проявляют свой талант, но более адаптированы, спокойны, меньше подвержены неврозу.

Еще одним важным положением концепции Адлера было представление о «креативном Я» (Я-созидатель). Этим понятием он хотел подчеркнуть, что человек сам творит свою личность из сырого материала наследственности и опыта. Таким образом, Адлер постулировал, что люди могут и должны быть не жертвами, а хозяевами своей судьбы.

С позиций психологов **бихевиорального направления** (Б. Ф. Скиннер, А. Бандура), основным фактором развития человека является влияние его окружения, т. е. воспитание. Влияние воспитания осуществляется через поощрение, наказание, положительный пример. При этом не всегда требуется принуждение к действию или наблюдение за поведением окружающих, поскольку сам ребенок склонен совершать некоторые не рассчитанные на эффект действия (ползает, разбирает игрушки на части, гулит). С точки зрения бихевиористов, в дальнейшем в его поведении закрепятся те действия, которые сопровождались неожиданным успехом, похвалой, вниманием родителей. В этом смысле можно понять настойчивость ребенка в его шалостях и капризах, поскольку его крик, непослушание привлекают внимание родителей, которые, чтобы отвлечь его, берут ребенка на руки, ласкают, предлагают конфеты. С точки зрения теории научения и условного подкреп-

Таблица 4.2. Этапы общего развития по Ж. Пиаже

Название	Психические операции	Примерный возраст
Сенсомоторный интеллект	Поиск возможности установления контакта с окружающим миром (путем сосания, хватания, нанесения ударов, произнесения звуков)	0—2 года
Дооперационное мышление	Создание символов и внутренних образов, которые пока не систематизированы (накопление слов)	2—7 лет
Конкретные операции	Поиск логических связей на примере конкретных ситуаций и действий	7—11 лет
Формальные операции	Умение мыслить абстрактно и гипотетически	11 лет—зрелость

ления, копирование поведения матери становится основой женской роли девочки, а подражание отцу — это путь превращения мальчика в мужчину. С возрастам ключевые фигуры для подражания меняются, подростки ориентируются больше на мнение сверстников, молодые люди — на авторитет профессионалов.

Идеи бихевиористов активно используются в воспитании, психотерапии и реабилитации. На этом принципе основано применение оценок в учебном процессе. В реабилитационном процессе роль оценок могут играть заработанные жетоны, означающие выполнение определенного задания. Вместе с тем многие вопросы развития остаются нерешенными с позиций бихевиоризма. Так, непонятно, почему наиболее успешным обучение и воспитание бывают в детстве. При работе с детьми и взрослыми часто удается наблюдать, как люди большую часть времени уделяют деятельности, которая им интересна, но никак не поощряется окружающими. Так, дети и взрослые охотно играют в компьютерные игры, часто скрывая это от родителей и друзей, поскольку считают это своей слабостью. Хорошо известно, что поощрение, которое нам сулят за определенную деятельность (за написание картины, книги), часто затрудняет работу и снижает ее успешность.

Развитие мышления человека наиболее подробно было изучено сторонниками **когнитивного направления**. Так, Ж. Пиаже считал, что развитие ребенка происходит через несколько стадий освоения мира (табл. 4.2). Основными операциями, которые он совершает при этом, являются *ассимиляция* — усвоение (накопление информации, физическое обладание предметами), *аккомодация* — приноравливание (видоизменение поведения в том случае, когда имеющийся навык не

позволяет достичь желаемого), и *организация* — систематизация (установление порядка, создание классификаций, поиск смысловых связей). Реализация задач по развитию мышления на каждом этапе создает условия для перехода к следующему этапу развития. Этапы не ограничены определенными возрастными рамками, задержка развития интеллекта в случае патологии приводит к тому, что переход к следующему этапу наступает позже, чем обычно, или не наступает вовсе.

Интересно, что Пиаже увязывал с развитием интеллекта и некоторые социальные чувства детей. Так, дети до 7 лет обычно проявляют эгоцентризм в мышлении (разговор вслух с самим собой) и в эмоциональном отношении (мальчик считает, что игрушка будет в день рождения приятнее маме, чем ювелирное украшение). Отношение к нравственным нормам и правилам также меняется. Малыш до 7 лет радуется, когда родители поддаются ему в игре, когда они, пренебрегая правилами, признают его победителем. Дети старше 7 лет часто стремятся строго следовать правилам, не допуская их изменения, потому что «так положено». Дети старше 10—11 лет начинают оспаривать незыблемость правил, считая, что если всем договориться, то правила можно поменять.

Следует признать, что когнитивный подход не уделяет достаточного внимания личностному разнообразию и формированию личностных качеств. Признается, что основные этапы развития одинаковы для всех людей. Таким образом, различия в их поведении можно объяснить лишь индивидуальными различиями в выработанных концепциях окружающего мира.

Среди сторонников **гуманистического направления** преобладает вера в то, что в человеке биологически заложено стремление к саморазвитию и самосовершенствованию. Известный итальянский педагог Мария Монтессори (1870—1952), наблюдая за умственно отсталыми детьми, заметила, что при неспособности усвоить школьные знания они активно стремились к реализации себя в других видах деятельности (лепка, рисование, уход за животными и растениями). Попытка обучения таких детей в обычных школах приводила к усилению у них чувства неполноценности и отказу от сотрудничества с учителями, к меньшей приспособленности к жизни. В своих собственных школах она смогла преподнести таким детям больше знаний через те виды деятельности, которые они сами выбирают. Так, они научились составлять слова из букв и читать после того, как им выдали объемные, вырезанные из дерева буквы, которые можно было ощупывать. Выводы Монтессори были похожи на идеи, высказанные Руссо: не следует сдерживать свойственное детям стремление к поиску и саморазвитию.

Эту же романтическую идею поддерживали сторонники гуманистической школы К. Роджерс и Л. Маслоу. Таким образом, роль общества в формировании личности оценивалась

скорее негативно, чем позитивно. Получалось, что общество учит человека сдерживать свои порывы, отказываться от мечты, если она не соответствует общепринятому мнению, испытывать стыд за свою индивидуальность. В качестве способов раскрытия личностного потенциала эти авторы предлагали безусловно позитивную оценку, поощрение инициативы и преодоление конформности. Вера гуманистов в способность человека преодолеть в себе худшие качества напоминает подход некоторых врачей к лечению болезней. Так, врач стремится помочь организму самостоятельно справиться с болезнью, поскольку верит в то, что в человеке заложены могущественные силы, направляющие его к выздоровлению. Однако в качестве критики такого подхода следует вспомнить о том, что при некоторых заболеваниях биологические механизмы преодоления болезни сами становятся причиной ее прогрессирования. Так, при СПИДе лейкоциты поглощают вирусные частицы и способствуют их размножению и распространению. Так же и природное стремление человека к благородству может укреплять его в позиции террориста, убивающего людей из «благородных» побуждений.

Обзор взглядов психологов на механизмы формирования личности показывает отсутствие единой точки зрения по этому вопросу. Вклад природы и общества в развитие индивидуальности по-разному оценивается представителями разных психологических школ. В следующей главе мы более подробно попытаемся рассмотреть биологические основы личностного разнообразия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания.— Л., 1968.

Благовещенский Н. Учитель и ученик: между Эросом и Танатосом. Психоанализ педагогического процесса.— СПб.: Символ-Плюс, 2000.

Кречмер Э. Медицинская психология // Кречмер Э. Строение тела и характер.— М.: Педагогика-Пресс, 1995.— С. 5—328.

Крэйн У. Теории развития. Секреты формирования личности: 5-е международное издание.— СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002.

Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность.— М.: Наука, 1975.

Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: Пер. с англ. / Под ред. В. С. Магуна.— М.: Аспект-Пресс, 2001.

Петровский А. В. Введение в психологию.— М.: Изд. центр «Академия», 1995.

Ремшмидт X. Детская и подростковая психиатрия: Пер. с нем.— М.: ЭКСМО-Пресс, 20 001.

Симонов П. В., Ершов П. М. Темперамент. Характер. Личность.— М., 1984.

Холл К. С., Гарднер Л. Теория личности: Пер. с англ.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.

Глава 5 БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ. ТЕМПЕРАМЕНТ И КОНСТИТУЦИЯ

В настоящей главе мы рассмотрим особенности личности, обусловленные в первую очередь биологической природой человека. К таким особенностям относят динамические свойства личности, характеризуемые ее силой, подвижностью, чувствительностью, преобладающим фоном настроения. Все эти свойства объединяются в понятие **темперамента** (рис. 5.1). Тесная связь темперамента с основными биологическими процессами, особенностями физиологии нервной системы, состоянием физического здоровья человека стала причиной поисков более глубокой связи между телесными и психическими функциями. Наличие такой связи описывается понятием **психофизиологической конституции**.

Темперамент и психофизиологическая конституция являются относительно стабильными проявлениями личности, они практически не зависят от условий воспитания человека и мало поддаются психотерапевтической коррекции. Однако при возникновении болезней, нарушении обмена веществ, резких перестройках в работе организма (пубертат, беременность, климакс) могут наблюдаться значительные изменения в темпераменте.

5.1. Классификация темпераментов

Интересно, что наибольший интерес к описанию понятия темперамент и выделению его типов с древности наблюдался в первую очередь у врачей. В настоящее время во всем мире как классические выделяют четыре темперамента, описанные в трудах Гиппократа (ок. 460—377 до н. э.) и Галена (129—199). В основу такого деления было положено представление о связи состояния человека со смешением 4 жидкостей: крови (sanguis), светлой желчи (chole), черной желчи (melanchole) и слизи (phlegma). Таким образом, принято выделять сангвинический, холерический, меланхолический и флегматичный темпераменты.

Сангвиник обычно описывается как активный, оптимистичный человек, умеющий получать удовольствие от жизни. Он полон идей, заражает своим энтузиазмом окружающих, готов оказывать помощь. Высокая продуктивность сочетается у него с отвлекаемостью, поэтому не все свои планы он доводит до конца. Кроме того, он может проявлять необоснованный оптимизм и надеяться на удачу в том случае, когда все говорит об обратном.

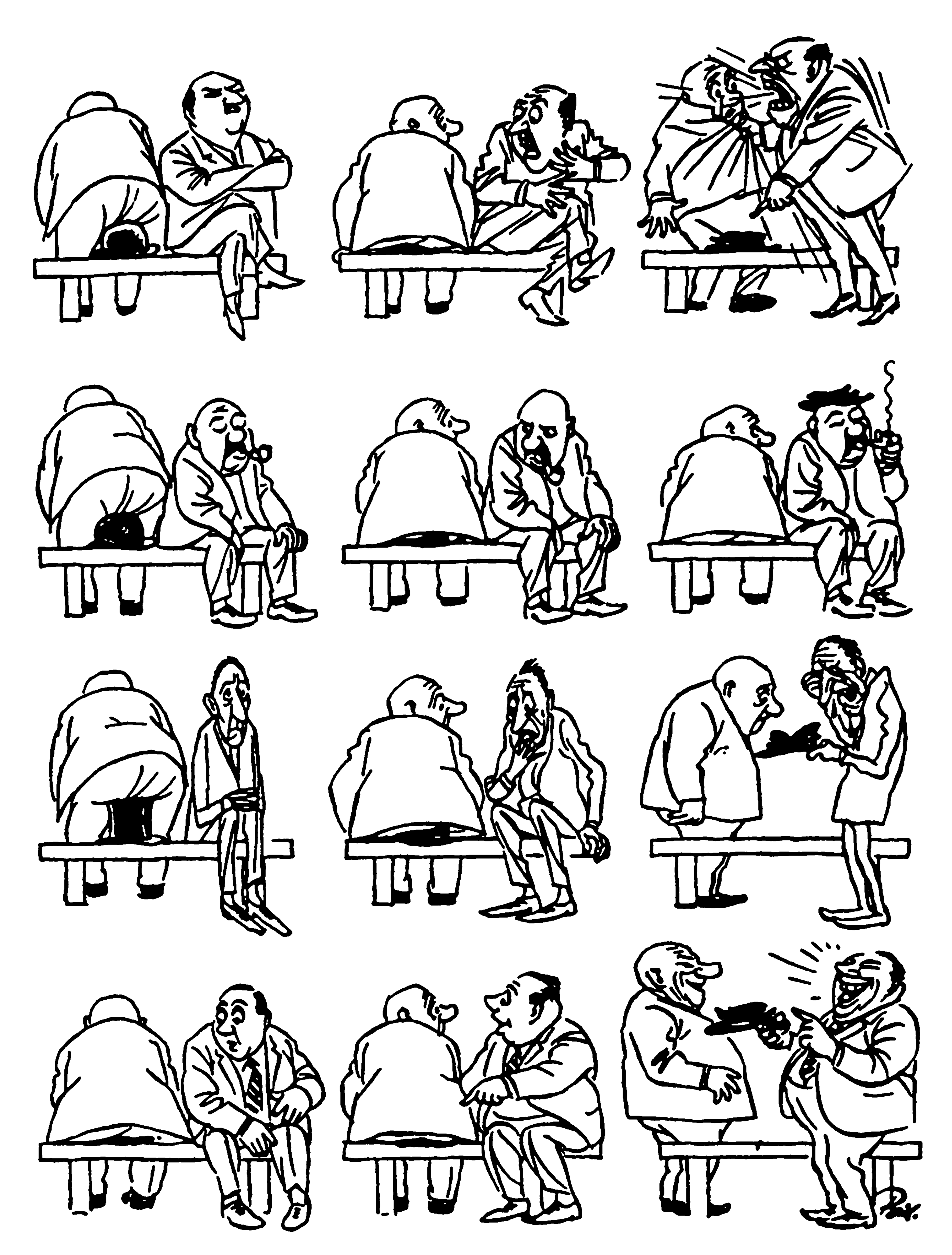


Рис. 5.1. Х. Бидструп. Четыре темперамента.

Холерик склонен к бурным и кратковременным реакциям. Это позволяет ему в короткий срок мобилизовать свои силы для выполнения тяжелой работы и защиты от нападения. Способность к немедленному действенному ответу сочетается

у него с неумением обдумывать возможные последствия своих поступков, это проявляется неоправданной агрессией. Холерик — это человек страстей, главными из которых являются гордость и честолюбие. К счастью, его порывы кратковременны, он отходчив и может простить обиду.

Меланхолик обычно пассивен, склонен к пессимизму и уединению. Он слишком чувствителен, поэтому старается скрыться от ударов судьбы. Для реализации своих планов ему не хватает ни сил, ни воли. В своей зависимости от других он может проявлять преданность, терпимость к противоположной точке зрения и низкие запросы (аскетизм).

Флегматик в первую очередь отличается спокойствием, терпеливостью, постоянством и настойчивостью. Он умеет составить план и действовать последовательно, в соответствии с поставленной целью. Он слабо реагирует на замечания окружающих, не любит резких перемен в жизни, может долго помнить обиду, хотя не всегда старается отомстить.

Хотя предложенное деление темпераментов на 4 типа признано во всех странах, оно не является единственно возможным. Так, среди врачей прочно укоренилось использование терминов «стеничный» и «астеничный» *, принадлежащих английскому врачу Дж. Брауну (1735—1788). ***Стеничные*** люди отличаются трудолюбием, упорством, способностью доводить начатое до конца. Они неутомимы и инициативны, могут вступать в конфликт с окружающими в борьбе за свои интересы. ***Астеники***, напротив, утомляемы, неспособны к длительной деятельности, не могут преодолевать препятствия на своем пути, немного капризны, однако бесконфликтны и незлопамятны.

В конце XIX—начале XX века было предпринято несколько попыток научного описания биологических основ психической деятельности. Наиболее последовательным было учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. Важнейшими предметами изучения Павлова, и его школы стали процессы возбуждения и торможения в центральной нервной системе. С точки зрения теории Павлова меланхолический темперамент отличается слабостью всех психических процессов (и возбуждения, и торможения), у холериков отмечается неуравновешенное преобладание процессов возбуждения, у флегматиков эти процессы уравновешены, но нет необходимой подвижности, а у сангвиников отмечается идеальное соотношение силы и подвижности психических процессов (рис. 5.2). Складывается впечатление, что сангвинический темперамент является наиболее приспособленным к жизни, поскольку все свойства у него сочетаются весьма гармонично. Эта мысль не подтвер-

* От греч. sthenos — сила, мощь.

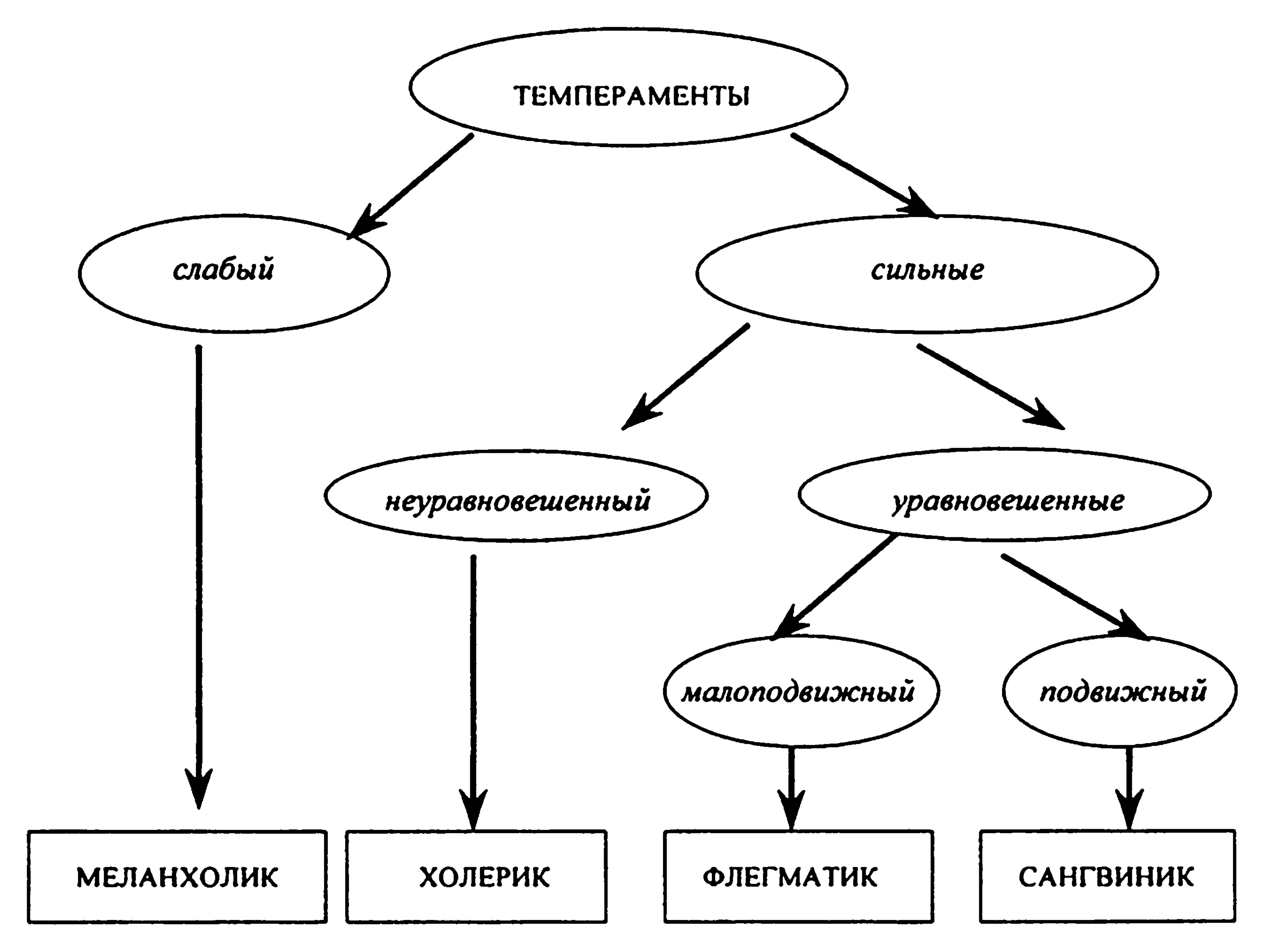


Рис. 5.2. Свойства четырех темпераментов по И. П. Павлову.

ждается на практике, поскольку во многих ситуациях сангвиники уступают другим типам в связи со своей нетерпеливостью, склонностью к авантюре, нерасчетливостью.

Более важной нам кажется идея И. П. Павлова о разделении людей по типу высшей нервной деятельности. Он описал личности «с преобладанием первой сигнальной системы», т. е. действующих на основе впечатления, эмоций, интуиции, открытых для общения, но переменчивых и ненадежных (***художественный тип***). Такие люди не склонны к раздумьям и анализу, они действуют быстро, мгновенно формируют представление о ситуации и окружающих, хотя их суждения часто оказываются приблизительными и поверхностными. Противоположный тип отличается «преобладанием второй сигнальной системы», т. е. склонностью к логике, умением оперировать фактами, формировать взвешенные и полновесные суждения (***рационально-логический тип***). Такие люди склонны к глубокому анализу, не любят высказывать мнения, которое не могут доказать, меньше зависят от точки зрения окружающих, однако они могут растеряться и проявить ненужные сомнения в ситуации, когда им не хватает информации для принятия решения.

Широкое признание получили в психологии термины

К. Г. Юнга «интроверт» и «экстраверт». ***Экстраверсия***, согласно Юнгу,— это направленность психики вовне, т. е. интерес к событиям, происходящим вокруг, к мнению других людей, общительность, отзывчивость, стремление принимать участие в жизни окружающих, желание иметь друзей и знакомых, не очень тщательно их выбирая. Обычно экстраверсия проявляется общительностью, но изредка мы можем признать экстравертом человека, не проявляющего активности в компании, но зависимого от ее мнения, прислушивающегося к разговорам окружающих и пытающегося подстроиться под чужое мнение. Например, люди с задержкой психического развития часто характеризуются экстраверсией, поскольку чувствуют, что окружающие имеют больше знаний и умений. ***Интроверсия*** — это направленность внутрь себя, т. е. опора в принятии любого решения только на свое собственное мнение, малая заинтересованность в контактах с другими людьми, склонность к самоанализу, безразличие к происходящему вокруг, особенно к чувствам и переживаниям других людей. Обычно интроверсия проявляется замкнутостью, но это не значит, что интроверт не может проводить время в компании. При этом, находясь среди людей, он никогда не примыкает к мнению группы, отгораживает себя от других чопорностью, высокомерием, снисхождением или просто безразличием. Нам не удастся вызвать в нем сочувствие, склонить его на свою сторону, найти взаимопонимание, если его точка зрения не совпадает с нашей.

Еще один вариант классификации темпераментов был предложен немецким психиатром Эрнстом Кречмером (1888—1964). Он предполагал, что в основе психических заболеваний лежат те же природные свойства, которые определяют и особенности личности человека. При избыточной выраженности они могут проявляться явным психическим заболеванием, при средних значениях — расстройствами характера (психопатиями), а выраженные в слабой степени, они наблюдаются у совершенно здоровых людей. Таким образом, в соответствии с 4 основными психическими заболеваниями он выделил 4 связанные группы феноменов: шизофрения—шизоидная личность—шизотимия, циклоидный (маниакально-депрессивный) психоз—циклоидная личность—циклотимия, эпилепсия—эпилептоидная личность—эпилептотимия, истерия—истероидная личность—истеротимия (рис. 5.3).

Шизотимик*, по классификации Кречмера, отличается замкнутостью, внутренней противоречивостью, склонностью

* В литературе также часто используются термины «шизоид»—«циклоид»—«эпилептоид»—«истероид», однако они звучат неопределенно, поскольку неясно, что имеется в виду — вариант здоровья или расстройство личности (психопатия).

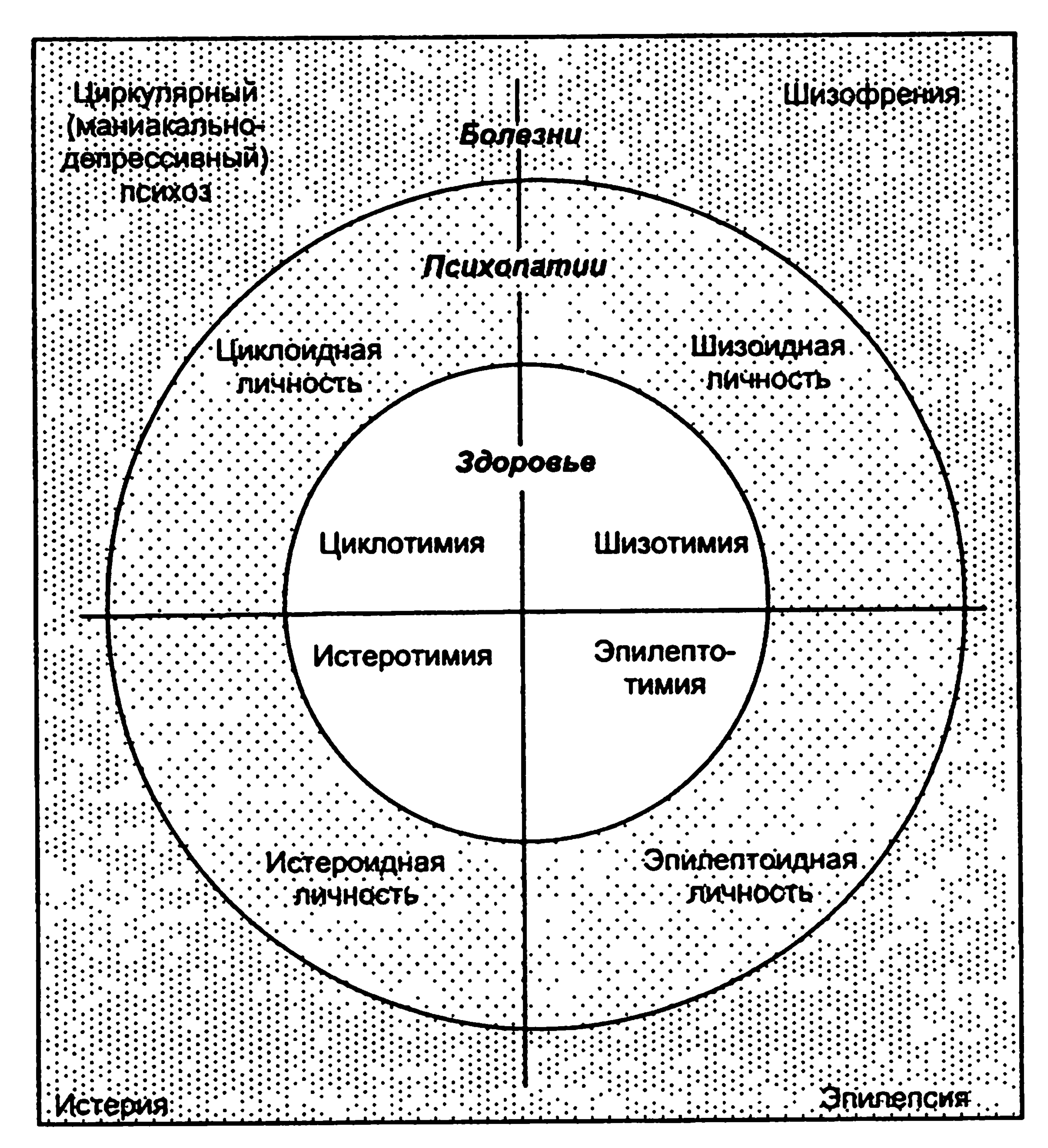


Рис. 5.3. Классификация темпераментов по Э. Кречмеру.

к мыслительной деятельности, независимостью взглядов, колебанием эмоций от холодного безразличия до экстатической восторженности, неожиданными реакциями на внешние стимулы (от бесчувственности до чрезмерной сенситивности). ***Циклотимик*** характеризуется как человек общительный, душевный, открытый, близко принимающий к сердцу чужие проблемы, склонный к колебаниям настроения от пессимизма и хандры до воодушевления и инициативности, умеющий оказать помощь и поддержку, щедрый, при этом ценящий комфорт и жизненные удовольствия (гедонизм). ***Эпилептотимика*** описывают как смелого, решительного, немного резкого и порывистого, целеустремленного, честолюбивого и немного завистливого, умеющего отстоять свои интересы, злопамятного, мстительного, временами мелочного и придирчивого, не склонного к глубокому эмоциональному сопереживанию. ***Ис-***

теротимик — это человек ярких, но поверхностных эмоций, обладающий способностью к воображению, впечатлительный, стремящийся постоянно находиться в центре внимания, легко меняющий свою точку зрения, действующий интуитивно, проявляющий непосредственность, но немного инфантильный и избалованный.

Темпераменты Кречмера не вполне соответствуют гиппократовским типам.

Так, циклотимия проявляется колебаниями между чувствами меланхолика и сангвиника, эпилептотимия сочетает в себе взрывчатость холерика и застреваемость флегматика, истеротимия характеризуется общительностью сангвиника и переменчивостью холерика, а шизотимия включает качества самых разных темпераментов (кроме сангвинического) в неожиданных и весьма противоречивых сочетаниях. Особенностью классификации Кречмера является динамический подход, допускающий, что в разных состояниях каждый человек может проявлять разные чувства. Преимущества такого подхода особенно заметны при анализе понятия психофизиологической конституции.

5.2. Учение о психофизиологической конституции

Определять психические свойства людей по их внешнему виду во все времена казалось очень заманчивой идеей. Многих исследователей воодушевлял талант профессиональных гадалок и цыган угадывать чужую судьбу. Однако систематические, основанные на научном доказательстве исследования начались в этой области относительно недавно.

Первые попытки найти связь между строением тела и характером человека выглядят сегодня довольно наивными. Так, итальянец Ч. Ломброзо (1836—1910), описывая личность преступника, попытался дать примерный его портрет: маленькая голова со скошенным низким лбом и ярко выраженными надбровными дугами, непропорционально развитая нижняя челюсть, аномалии ушей. Такое описание перекликалось с идеей Ч. Дарвина об атавизмах и внешних признаках, унаследованных от животных, а также с работами Б. А. Мореля (1809—1873), утверждавшего, что существует связь между некоторыми психическими расстройствами и «дегенерацией» (вырождением). Также большой интерес вызвала идея венского врача Ф. Й. Галля (1758—1828) о возможности определения способностей человека по выступам на черепе, которые якобы связаны с развитием соответствующих отделов мозга. Таким образом, постулировалось открытие нового направления в науке — френологии. Эти работы, хотя и были очень популярными в XIX в., не получили подтверждения при последующем анализе.

Интерес к изучению телесной конституции и ее связи со здоровьем человека значительно вырос в начале XX в. Во Франции популярностью пользовалась классификация телосложений Л. Ростана (1790—1866) и К. Сиго (1862—1921). Они выделяли церебральный, респираторный, дигестивный и мускульный типы и связывали с телосложением состояние здоровья и особенности течения соматических и психических болезней.

Однако наиболее последовательно феномен психофизиологической конституции был проанализирован Эрнстом Кречмером. На основе тщательного антропометрического исследования он установил наличие связи между темпераментом и телосложением. Сегодня данные Кречмера дополнены сведениями о работе эндокринных желез и особенностях медиаторного обмена в мозге. Таким образом, было бы неправильно включать в понятие конституции только антропометрические показатели.

Психофизиологическая конституция — это понятие, отражающее единство биологических, физиологических и психологических качеств индивидуума.

Оно включает:

- внешний облик (habitus)
- соотношение физиологической активности внутренних органов (артериальное давление, частота сердцебиений, переваривающая способность и моторика желудочно-кишечного тракта, дезинтоксикационные функции печени и почек, кроветворение и пр.)
- стойкие особенности баланса гормональной активности
- особенности физиологии нервной системы (медиаторный баланс, характер процессов возбуждения и торможения)
- основные черты темперамента

Таким образом, попытка оценить конституцию по какому-либо одному параметру (антропометрические данные) полностью игнорирует само понятие конституции. Конституцию не следует рассматривать как отклонение от нормы. Ниже мы приводим описание некоторых медицинских проблем у представителей разных конституций, однако не следует считать, что конституция является причиной соматических или психических болезней. Она определяет пути, по которым протекают любые жизненные процессы, в том числе и болезни, но сама по себе не вызывает патологии.

Кречмер обнаружил преимущественную (но не абсолютную) связь между циклотимией и пикническим телосложением, между шизотимией и лептосомным (астеническим) телосложением, между эпилептотимией и атлетическим телосло-

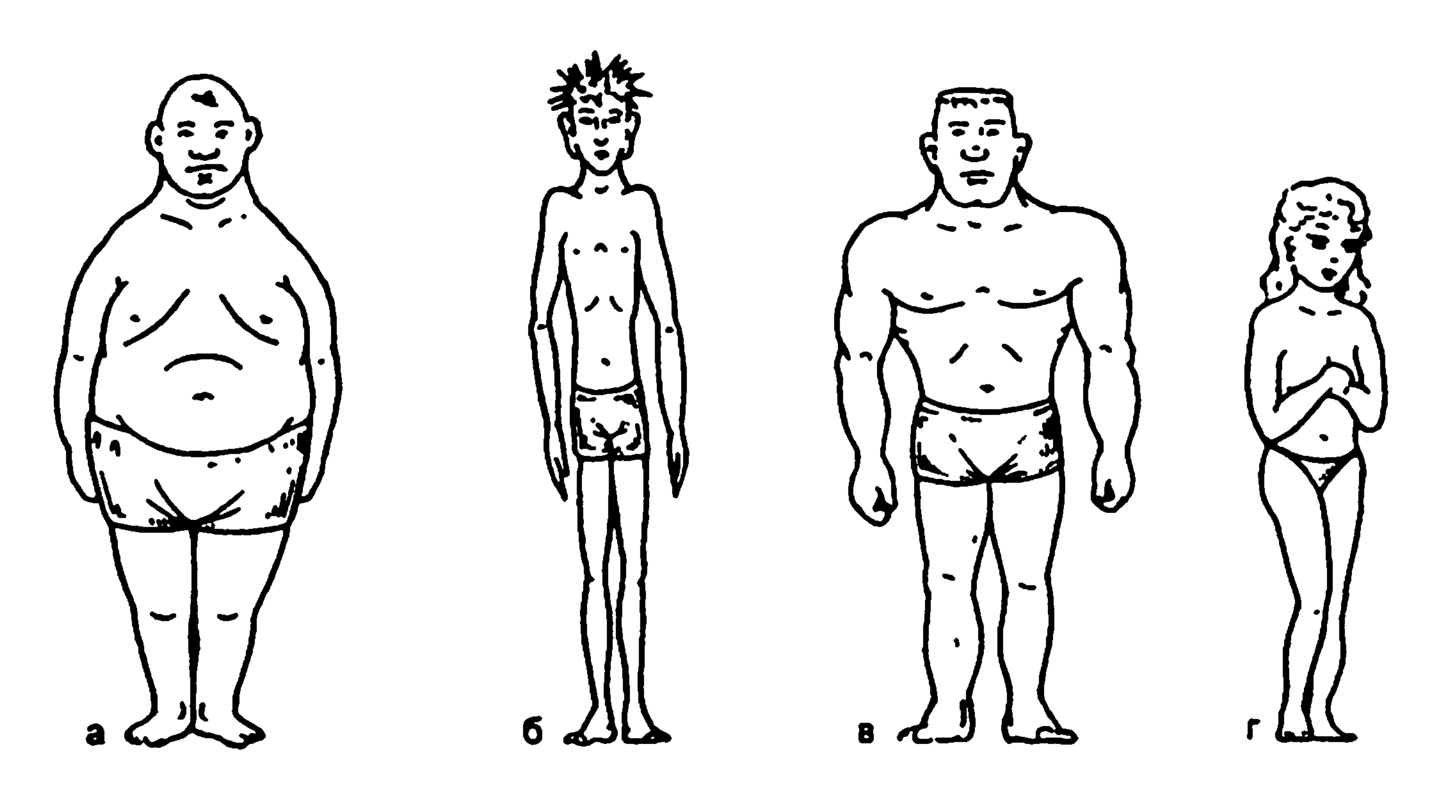


Рис. 5.4. Основные типы телосложения (по Э. Кречмеру).
а — пикнический; б — лептосомный (астенический); в — атлетический; г — грацильный.

жением. Истеротимию в наши дни часто связывают с грацильным телосложением (рис. 5.4). Среди своих пациентов (в основном пациентов психиатрических больниц) Кречмер нашел также немало лиц с *диспластическим* (негармоничным) телосложением, оно нередко наблюдалось у шизотимиков и людей с явной патологией (злокачественные формы шизофрении и эпилепсии, олигофрения, эндокринные заболевания), поэтому мы не приводим описания этого типа среди вариантов здоровой конституции.

Лептосом-шизотимик характеризуется астеническим телосложением с преобладанием продольных размеров: тонкое, удлиненное тело и конечности, тонкие пальцы, хрупкий скелет, малый объем живота и грудной клетки. Этому соответствуют меньшие размеры внутренних органов, слабое сердце (типична артериальная гипотония), замедленное переваривание и слабая моторика кишечника. Мышцы развиты слабо. Хотя лептосомы обычно не склонны к полноте, если масса тела у них все же увеличивается, то мышечный пресс живота не может удерживать массы внутренних органов и он свисает вниз. Кожа лептосома обычно бледная и сухая, оволосение на теле выражено слабо, а вот на голове волосы растут хорошо, часто бывают жесткими и непослушными. Лысина не характерна. Размеры головы выделяются на фоне тонкого тела, форма ее также вытянутая, скулы и подбородок выражены слабо, в сочетании с удлиненным носом это составляет своеобразный угловой («птичий») профиль.

Кречмер отмечал особенности моторики лептосома. Типичны резкие, рваные движения, вертлявость, двигательная неловкость, неспособность одинаково четко следить за движе-

ниями во всем теле. Это приводит к тому, что, разучивая движения ног в танце, человек не может контролировать движения рук, в военном строю и спортивных состязаниях не может проявить необходимой ловкости. Аккуратно работая над рисунком или чертежом, такой человек часто из-за неловкости портит его, разливая клей или размазывая краску.

Такой конституции обычно соответствует шизотимический темперамент. Как уже указывалось, шизотимик — это немного замкнутый человек с хорошо развитой способностью к интеллектуальному анализу, независимый в своих решениях и поступках. Шумные компании раздражают его, он предпочитает такие занятия, как чтение, работа с компьютером, коллекционирование. В домашней жизни он непритязателен, не требователен к комфорту, не всегда соблюдает порядок. Прием пищи часто сопряжен у него с некоторым напряжением (боязнь переполнения желудка, несварения и запора), поэтому он воздерживается от блюд с ярко выраженным вкусом и запахом (избегает острого, соленого, кислого, пряного), он также не придает большого значения внешнему виду пищи.

Шизотимики скупы в проявлениях эмоций, поэтому они не всегда могут выразить чувства любви и привязанности. Поиск спутника жизни у таких людей часто основан на признании интеллекта и эрудиции партнера. В такой ситуации удовлетворение сексуального влечения может напоминать избавление от досадной помехи, потребность в сексуальных отношениях невелика. Довольно часто возникает чувство вины по поводу мастурбации, длительного отсутствия половых контактов, негармоничных сексуальных отношений. Эти особенности сочетаются с неожиданной ранимостью и чувствительностью. Часто их ранят не обидные слова окружающих (к ним они обычно равнодушны), а отсутствие гармонии в мире, некомпетентность и непрофессионализм других людей. В случае раздражения или восторга их чувства могут намного превышать значимость повода, такой «перехлест» эмоций проявляется ярким негодованием или экстатической восторженностью.

Пикник-циклотимик характеризуется преобладанием округлых пропорций в телосложении: круглая голова, покатые плечи, полные руки, шарообразный живот, мягкая теплая ладонь с укороченными закругленными пальцами. Живот является самой заметной частью тела, мышцы плохо контурированы, так как скрыты под слоем жира. Избыток массы часто становится причиной перегрузки сердца (склонность к гипертонии). А вот желудок и кишечник работают без затруднений, могут переваривать значительные объемы пищи. Кожа часто розовая, лоснится, морщины незаметны, у мужчин часто отмечается обилие волос на теле, а вот на голове волосы тонкие,

непышные, часто заметна лысина на макушке. Форма головы очень напоминает шар, черты лица тонкие, все выступы на лице скруглены. Шея незаметна.

Движения пикников обычно плавные, размеренные, закругленные. Несмотря на избыточную массу тела, им неплохо удается вальсировать. Для них характерны яркая, понятная мимика и жестикуляция, лицо выражает понимание и сочувствие. Они могут быть воодушевлены и возбуждены, но часто предаются лени, любят понежиться в обстановке уюта и комфорта. Вообще телесные удовольствия составляют очень большую часть их жизни (гедонизм). Они могут получать удовольствие от мягкой, уютной одежды, расслабляющего массажа, от вдыхания воздуха, наполненного ароматами весенних растений, вкусной и необычно оформленной пищи. Но наибольшее удовольствие они получают от общения с другими людьми. Поэтому совместные мероприятия (коллективный поход, вечерника с угощением, коллективное занятие спортом и танцами) их привлекают гораздо больше, чем уединение. Будучи голодны, они готовы немного подождать, но поесть в компании (*социализация еды*). Полностью воздерживаться от еды (и других удовольствий) они не способны.

Эмоции циклотимиков всегда яркие, но неустойчивые. Они умеют искренне выражать свои чувства, поэтому их признание в любви редко остается без ответа. Способность проявлять сопереживание становится важной основой действительно близких отношений в семье. Этому также способствует довольно выраженная сексуальная потребность, которая удовлетворяется в трогательной, ярко чувственной манере (настойчивое ухаживание, красноречивые взгляды, искренние комплименты, стремление заключить в объятия). К сожалению, воодушевление циклотимиков не бывает долгим, нередко они чувствуют беспричинный спад активности, пессимизм, задумываются о бессмысленности пройденного пути, но и эти периоды также непродолжительны.

Атлет-эпилептотимик имеет хорошо развитый костно-мышечный аппарат. Массивные кости и плотные, упругие мышцы составляют красивую фигуру с широкими плечами, узким тазом, сильными мускулистыми конечностями. Складывается впечатление грубо, но прочно сколоченной фигуры, кулаки обычно массивные, ладони шершавые. Кожа грубая, пористая, часто со следами травм. На лице выступают скулы, надбровные дуги, массивный подбородок, низкий лоб. Лицо угловатое или квадратное. Шея мускулистая, массивная.

Движения атлета обычно сильные, размашистые, резкие и очень ловкие. Он легко справляется с плаваньем, бегом, маршировкой, танцует с удалью. В тонких движениях пальцами (шитье, вязание) может чувствовать свою несостоятельность.

В парном танце немного грубоват, может наступать партнеру на ноги. Зато спорт привлекает его, особенно возможность одержать победу в соревновании.

Вообще эпилептотимику свойственны целеустремленность, напористость, решительность, потребность в доминировании. Он не склонен долго рассуждать, а сразу начинает действовать. Он особенно остро переживает ущемление его интересов, часто видит в окружающих соперников (эгоцентризм). К глубокому мыслительному анализу он не готов, но часто проявляет мелочную придирчивость, педантизм, любовь к правилам и регламентам.

Эпилептотимик не способен сдерживать своего раздражения, поэтому он может проявить неоправданную агрессию. Даже его признания в любви порой бывают грубы и страстны. Он не терпит возражений и может попытаться силой овладеть объектом желаний. В семейной жизни он не позволяет руководить собой, бывает ревнив и подозрителен, при этом сам не заботится о соблюдении верности. Любая обида заставляет его искать возможности отомстить, защитить свою честь в суде или «на поле брани».

Еда для эпилептотимика — это в первую очередь возможность восполнить дефицит необходимой ему энергии, поэтому ест он много, предпочитает простые, но питательные и здоровые блюда (мясо, каши, картофель, лук). Обладая сильной волей, он может соблюдать строгую диету или голодать ради сохранения здоровья. Внутренние органы в целом работают хорошо, особенно когда подвергаются воздействию нагрузки. В ситуации безделья могут возникать жалобы на «скрип в суставах», боли в позвоночнике, при необходимости сдерживать эмоции внутри себя может возникнуть гипертоническая болезнь. Из болезней нервной системы для эпилептотимиков характерны эпилепсия и мигрень.

Грацильное телосложение истеротимика повторяет детские, инфантильные пропорции. Отмечаются невысокий рост, относительно короткие конечности с маленькими кистями и ступнями. Большая голова, круглое лицо с детскими чертами: большие, широко распахнутые глаза, длинные ресницы, вздернутый, короткий нос, пухлые губы, сложенные «домиком». Волосы пышные, длинные.

Наибольшие особенности отмечаются в развитии и функционировании генеративных органов. Для женщин некоторые проблемы могут быть связаны с поздним наступлением половой зрелости, нерегулярным месячным циклом. Часто отмечаются трудности при желании забеременеть. Малый рост и узкий таз создают препятствия в родах. У мужчин также могут наблюдаться позднее половое созревание, избирательный инфантилизм, нечеткое различение половых ролей (гомосексуальность).

Личностные особенности истеротимиков включают инфантилизм, впечатлительность, ранимость, стремление быть в центре внимания, капризность, желание найти опору в других людях. Характерны попытки манипулировать чувствами окружающих, заставляя их испытывать вину и ответственность. Интеллектуальные занятия не вызывают в них интереса — гораздо больше их привлекает искусство. Логика не свойственна поступкам истеротимиков, они действуют исходя из впечатления и интуиции, которая часто их подводит. В выборе пищи они также алогичны, часто соблюдают жесткую диету, чтобы сохранить худобу, при этом обожают сладкое (конфеты, шоколад, мороженое, торт) и никогда не отказывают себе в нем.

Любовь и привязанность являются любимой темой их бесед, поэтому они страдают, если не имеют партнера. Однако в семейной жизни часто избегают ответственности, требуют специальной заботы о себе, не любят оставаться одни. К сексу относятся с некоторой предосторожностью, опасаются «грубых» его проявлений. Это часто становится причиной семейной дисгармонии в виде головных болей или болезненных сокращений промежности (вагинизм), мешающих близости.

Мы привели очень жесткое описание четырех типов конституции. Понятно, что в большинстве случаев мы не можем отнести пациента исключительно к одному типу. Кречмер допускал смешение типов и их промежуточные варианты, сочетающие черты нескольких конституций. Приведенные описания следует рассматривать лишь как ориентиры для предварительной оценки. Не следует забывать, что внешний вид составляет лишь одну из сторон конституции и его совпадение с личностными особенностями наблюдается лишь в 3 случаях из 4.

В США идеи Кречмера были развиты талантливым исследователем **Уильямом Г. Шелдоном** (1899—1977). Шелдон попытался найти научное объяснение выделенным типам конституции. С его точки зрения, различия в темпераментах и типах телосложения могут быть объяснены исходя из преобладания того или иного типа биологических тканей, происходящих из трех основных листков зародыша: энтодермы, эктодермы и мезодермы.

Известно, что из энтодермы формируются желудочно-кишечный тракт и легкие. Тип конституции с преимущественным развитием этих органов Шелдон назвал ***висцеротоником*** и показал его сходство с пикником. Из эктодермы формируются нервная система и кожные покровы. Соответствующий тип был назван ***церебротоником***, он имеет сходство с лептосомом. Наконец, из мезодермы образуются кости, мышцы и сердечно-сосудистая система, преобладание этих органов на-

блюдается у ***соматотоника***, соответствующего атлетической конституции. Идея Шелдона состояла в том, что каждый из зародышевых листков развивается относительно независимо, поэтому наряду с тремя описанными типами могут быть выделены люди со слабым развитием всех трех зародышевых листков (астеники) или с максимально выраженными свойствами каких-либо двух или всех трех листков. Кроме того, Шелдон предложил оценивать выраженность мужских—женских черт и тканевый индекс (степень нежности тканей).

При всей стройности концепции Шелдона она вызывает существенные возражения, которые в первую очередь связаны с важными методологическими вопросами: как формируется конституция, что ее определяет, может ли она меняться в течение жизни. Концепция Шелдона постулирует, что конституция определена внутриутробным развитием, а значит неизменна. Однако высказывается и другая точка зрения, заключающаяся в том, что личностные особенности могут сами по себе влиять на телосложение и функционирование внутренних органов. Так, человек, любящий наслаждения и склонный к чревоугодию, становится толстым и круглым; увлеченный спортом, обладающий сильной волей наращивает мышечную массу, а увлеченный чтением выглядит худым, потому что телесные удовольствия неинтересны ему. Приводится и множество описаний смены конституции в течение жизни, особенно резко меняется конституция больных на фоне гормональных перестроек и при эндокринных заболеваниях.

В качестве примера изменения конституции в течение жизни можно привести биографию известного японского писателя Юкио Мисима. Известно, что в связи с хрупким, болезненным телосложением ему было отказано в приеме на военную службу. Этому соответствовали черты мечтательности, боязливости, замкнутости, сознание свой неполноценности. В период юности Мисима приобретает уверенность в себе, находит признание его творческий дар. На этом фоне он увлекается бодибилдингом и достигает таких успехов, что его фотографии регулярно публикуются в спортивных журналах. В нем растут решительность, стремление к лидерству. В конце 60-х годов он возглавляет военизированную реакционную группировку, стремящуюся вернуть былое военное величие Японии. А в 1970, после провала организованного им военного путча, Мисима совершил ритуальное самоубийство.

5.3. Использование знаний о психофизиологической конституции в медицине

Значение исследования психофизиологической конституции трудно переоценить. Осуществление любого аспекта медицинской деятельности (диагностика, лечение, профилакти-

ка, реабилитация) нельзя признать полноценным, если он не опирается на знание конституциональных особенностей человека.

Так, при проведении диагностики приходится учитывать высокий риск развития тех или иных соматических и психических расстройств, свойственный каждому из типов конституции (табл. 5.1).

Таблица 5.1. Основные типы психофизиологической конституции и связанные с ними медицинские проблемы

Телосложение и внешний вид	Темперамент	Медицинские проблемы
Пикническое (висцеротония): округлые пропорции, мягкие линии тела, мышцы и кости не видны, так как прикрыты прослойкой жира; большой живот, шея незаметна, круглая, шарообразная голова, у мужчин преждевременная лысина	**Циклотимия**: общительность, душевность, открытость, альтруизм, доброта, чистосердечие, потребность в привязанности, любви и комфорте, чревоугодие, колебание настроения от пессимизма до радости и воодушевления	Нарушения обмена веществ, например атеросклероз, ожирение, гипертоническая болезнь, коронарная недостаточность, диабет II типа, подагра, артриты, маниакально-депрессивный психоз
Лептосомное или астеническое (церебротония): вытянутые пропорции, тонкие кости, слабые мышцы, длинные конечности, тонкие, длинные пальцы, узкие плечи, длинная шея, вытянутое лицо со слабым подбородком и удлиненным носом, густые и непослушные волосы	**Шизотимия**: замкнутость, осторожность, отгороженность, интерес к интеллектуальной деятельности, склонность к самонаблюдению, аскетизм, не связанные ни с чем колебания настроения от равнодушия до экстатической восторженности	Язвенная болезнь, туберкулез и простудные заболевания, хронический запор, кардионевроз, шизофрения
Атлетическое (соматотония): квадратные пропорции, массивные кости, хорошо контурированные мышцы, мощные кулаки, коническая грудная клетка, небольшой плотный живот, выраженная талия, крепкая мускулистая шея, выступающие скулы и подбородок, квадратное лицо с грубыми чертами	**Эпилептотимия**: сильный, волевой, решительный, бесстрашный, взрывчатый, эгоцентричный, недоверчивый, упрямый, злопамятный, мелочный, придирчивый	Травмы, посттравматические артриты и поражения позвоночника, гиперреакция в случае инфекции, эпилепсия и мигрень

Телосложение и внешний вид	Темперамент	Медицинские проблемы
Грацильное: детские пропорции, низкий рост, маленькие кисти и стопы, детское выражение лица, большие распахнутые глаза, небольшой вздернутый нос, поздний пубертат	**Истеротимия**: общительность, потребность во внимании и признании, ранимость, резкие изменения настроения в ответ на стресс, эгоцентризм, романтичность, инфантилизм, интерес к искусству, поверхностные чувства, ложные признания в любви, стремление вызвать жалость и манипулировать окружающими	Невроз, истерические реакции, сексуальные дисгармонии, бесплодие, проблемы во время беременности и родов (узкий таз)

Для пикника весьма характерны те или иные нарушения обмена веществ. Неумеренность в еде часто приводит к ожирению, которое в свою очередь определяет развитие атеросклероза, гипертонической болезни и вторичного сахарного диабета. А вот проблем с пищеварением пикник обычно не испытывает — он справляется с усвоением пищи даже в случае переедания. Кречмер считал, что из всех психических заболеваний такой конституции более всего соответствует маниакально-депрессивный психоз.

Астеник-лептосом, напротив, часто жалуется на диспепсию, запор, нередко при таком телосложении выявляют язвенную болезнь. У астеника часто наблюдаются насморк, простуда и заболевания легких. Инфекции у астеников протекают вяло, часто без высокой температуры. Их ранимость и чувствительность могут выражаться в повышенном внимании к собственному здоровью, ипохондрии. В такой ситуации любые внутренние ощущения (биение сердца, перемещение газов по кишечнику, легкие спазмы мышц) вызывают напряжение, боль и беспокойство. Из психических расстройств более характерны навязчивые мысли и шизофрения.

Атлеты склонны активно поддерживать здоровый образ жизни, они редко болеют простудными заболеваниями, избегают неумеренности в еде. Для них не характерны внутренние сомнения, поэтому неврозы у них обычно не возникают. Однако их порывистость, бесстрашие, взрывчатость, неосторож-

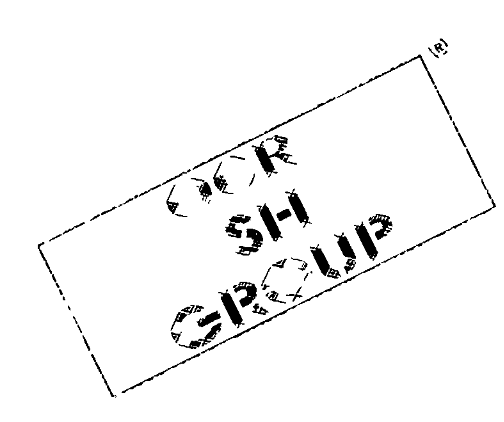
ность часто служат причиной травм. В качестве последствий травм нередко наблюдаются повреждения суставов и позвоночника (остеохондроз), органические психические расстройства и эпилепсия. Инфекционные заболевания у атлетов протекают с бурной реакцией, высокой температурой.

Истеротимики грацильного телосложения отличаются впечатлительностью. В ситуации стресса у них часто наблюдаются функциональные расстройства, возникающие по механизму самовнушения (потеря голоса, нарушения глотания, боли в области сердца, рвота, головокружение, нарушение походки и пр.). Довольно типичны гинекологические проблемы: нерегулярные менструации, дисгормональные расстройства, служащие причиной трудностей при желании забеременеть. При родах проблему могут представлять узкий таз и ослабление родовой деятельности.

Назначая лечение пациентам и составляя план реабилитации, следует помнить, что не все рекомендации будут одинаково полезны для разных темпераментов. Так, пикник, скорее всего, не сможет выполнить рекомендации ограничивать себя в еде или голодать — более правильным было бы посоветовать ему употреблять в пищу менее калорийные продукты. Спортивные упражнения интересны пикнику, только если они проходят в компании. Возможно, ему понравится заниматься танцами и групповой аэробикой. А вот астеник легко переносит голодание, может изводить себя ненужным ограничением в еде. Ему нужно напоминать, что недостаток питательных веществ и витаминов может принести ему серьезный вред, поэтому даже при серьезных заболеваниях желудочно-кишечного тракта полностью отказываться от еды не следует. Занятия спортом очень утомляют астеника, поэтому ему рекомендуют чередовать тренирующие и расслабляющие упражнения. Желательно регулировать нагрузку в зависимости от пульса. Атлет способен выполнить даже самые трудоемкие рекомендации, однако он упрям и часто имеет свою точку зрения на идеальный метод оздоровления. Его трудно переубедить, поэтому приходится подстраиваться под его концепцию, находить в ней слабые места и осторожно направлять его в желаемую сторону, не вступая в конфликт. Работая с истеротимиком, следует использовать его впечатлительность для проведения психотерапии. При этом типе конституции особенно эффективно внушение, часто наблюдается выраженный плацебо-эффект. Лучше, если больной с истеротимией будет выполнять лечебные задания в присутствии врачей или медперсонала, так как дома он, скорее всего, забудет о том, что ему рекомендовано, или посетует на то, что ему не удалось выполнить то, что рекомендовал врач, так как родные не помогли ему в этом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Клиорин А. И., Чтецов В. П. Биологические проблемы учения о конституциях человека.— Л.: Наука. 1979.
Конституции и здоровье человека.— Л., 1987.
Конституциональная психология Шелдона // Холл К. С., Гарднер Л. Теория личности: Пер. с англ.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.— С. 373—413.
Кречмер Э. Строение тела и характер.— М.: Педагогика-Пресс, 1995.
Хрисанфова Е. Н. Конституция и биохимическая индивидуальность человека.— М.: Изд-во МГУ. 1990.



Глава 6 ХАРАКТЕР. ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ, ТИПОЛОГИЯ

Отсутствие единой теоретической концепции в психологии определяет многозначность и неопределенность многих психологических понятий. Понятие характера относится к их числу. Многие авторы не описывают характер как самостоятельное явление, считая его синонимом личности. Для нас описание характера имеет особое значение для его отделения от биологически обусловленных качеств (темперамента и способностей). Поэтому мы будем пользоваться этим понятием в соответствии с определением, данным в главе 4, т. е. мы рассматриваем характер как устойчивую систему личностных качеств, определяющую типичные для индивида способы поведения.

Поскольку характер является системой, было бы логично проанализировать элементы, из которых эта система состоит. Такими элементами являются *черты*.

6.1. Понятие о чертах характера

Черта — это склонность (диспозиция) вести себя определенным образом, которая проявляется в поведении человека в широком спектре ситуаций. Так, добрый человек склонен проявлять сочувствие, оказывать помощь, искренне выражать свою благодарность, прощать ошибки. Устойчивость черт характера отличает их от таких переменчивых явлений, как состояние и роль (см. раздел 4.2).

Различные люди обычно примерно одинаково понимают смысл многих личностных черт. Так, слова «прилежный», «рассеянный», «недоверчивый», «самоуверенный» и др. понятны практически всем. Однако при более детальном сравнении сходных понятий могут возникнуть разногласия и несовпадение мнений. Так, слова «злой», «вредный», «подлый», «коварный», «мстительный» имеют сходство между собой, хотя и не повторяют точно смысл друг друга. Среди перечисленных качеств злость кажется более общей характеристикой, а все другие — ее частными проявлениями. Таким образом, черты характера образуют иерархическую систему. Среди качеств можно выделить тесно взаимосвязанные друг с другом и относительно независимые.

Какие же черты характера следует считать базовыми? Это очень важный вопрос, поскольку в условиях недостатка времени нет возможности исследовать все качества личности и приходится обращать внимание на самое существенное. Однако различия в подходах исследователей разных школ вряд ли позволяют нам получить точный ответ на этот вопрос.

Один из первых подробных перечней черт характера дает ученик Аристотеля Теофраст (371—287 гг. до н. э.). Он дает яркое описание 30 черт, среди которых есть такие, как ирония (притворство), льстивость, суеверие, бахвальство, недоверчивость, трусость, суетливость, вестовщичество (сплетничество) и др. Описание данных качеств почти всегда имеет негативный оттенок. Автор не анализирует причины развития этих черт, замечая, что, возможно, они являются результатом дурного воспитания.

До начала XX в. описанием характеров занималась больше литература, чем наука. Первые попытки научной систематизации черт характера можно увидеть у психоаналитиков. Так, Фрейд, описывая фазы сексуального развития, постулировал существование таких базовых диспозиций, как *оральный, анальный, эдипальный характеры* (см. раздел 4.3). Юнг составил свою собственную классификацию. Базовыми чертами он считал *экстраверсию—интроверсию* и их сочетание со способностями к мышлению, чувствам, ощущениям или интуиции (таким образом, получилось 8 типов личности). Такое деление основано в большей степени на биологических качествах, т. е. вернее было бы отнести его к классификации темпераментов.

С точки зрения Адлера, важнейшими для характеристики личности должны быть качества, определяющие отношение человека к другим людям и к удовольствию. Важнейшим из этих качеств он считал *альтруизм** — желание действовать на благо других людей, стремление к сочувствию (эмпатии). Этому качеству противопоставляется *эгоизм* — направленность на удовлетворение исключительно собственных потребностей. Другое важное качество — *гедонизм*, т. е. стремление к наслаждениям, развлечениям, удовольствию. Ему противопоставляется *утилитаризм* — направленность на полезную деятельность, покой, надежность и материальную обеспеченность. Вместе с понятиями активность—пассивность описанные качества составляли основу классификации личностей по Адлеру. Он выделял 4 типа (стиля жизни): управляющий (самоуверенный, эгоистичный, активный, напористый, конфликтующий), берущий (пассивный, гедонист, паразитирующий, эгоистичный), избегающий (неактивный, отклоняющийся от испытаний, нетребовательный) и социально полезный (активный, альтруистичный, социально заинтересованный).

В работах последнего времени психоаналитики (X. Кохут, О. Кернберг) обращают внимание на такую черту личности, как *нарциссизм***. Считается, что здоровый нарциссизм опре-

* От лат. alter — другой.

** Название дано по греческому мифу о быстротечной жизни юноши Нарцисса, родившегося в результате насилия, отвергнувшего любовь нимфы Эхо и полюбившего свое отражение в воде.

деляет ясное ощущение себя, стабильную удовлетворительную самооценку, позволяет гордиться своими достижениями. Доминирование нарциссических качеств проявляется потребностью в восхищении со стороны окружающих в сочетании с неспособностью понимать и принимать чувства других людей. Такие люди чрезвычайно часто употребляют слова я, мое, мне. Они очень болезненно переживают удары по их самооценке («Я же не просил меня рожать!»). Их похвалы свидетельствуют о том, что они не понимают окружающих, а идеализируют их.

С точки зрения В. Н. Мясищева и сторонников *концепции психологии отношений*, важнейшие черты характера можно определить через отношение человека к самому себе, другим людям, труду, вещам и пр. Таким образом, можно описать характер человека понятиями добрый—злой, трудолюбивый—ленивый, щедрый—жадный, заботливый—равнодушный, самовлюбленный—самоед.

Для правильного понимания личности важно не только описать черты человека, но и определить **иерархию** (соподчиненность, взаимосвязь) этих черт. Интересная точка зрения принадлежит американцу Гордону У. Оллпорту (1897—1967). Он считал, что нет базовых черт личности, одинаковых для всех людей, зато у каждого человека есть одна (или несколько) *кардинальная черта*, которая является центральной именно для этого человека и определяет весь его облик, подчиняет себе все остальные качества. Так, весь облик Нарцисса, определял нарциссизм, маркиза де Сада — садизм. Сравнивая людей, мы обращаем внимание в первую очередь на их кардинальные черты, поэтому, даже находя некоторые сходные качества, мы все же видим существенную разницу между ними. Кроме того, Оллпорт считал, что нет универсального перечня черт характера, поскольку некоторые черты не могут быть оценены у целого ряда людей. Так, оценка эгоистичности—альтруистичности затруднена у интровертированных людей: ведь они непритязательны, их фантазии нередко нацелены на нужды всего человечества, но они не воплощаются в жизнь и не приносят пользы окружающим.

Наиболее подробные исследования черт характера были проведены на основе **математического анализа**. Пионером в этой области считают Г. Ю. Айзенка, работавшего в Англии. Он проанализировал результаты тестирования с помощью подробных опросников многих испытуемых и обнаружил, что имеется зависимость, согласно которой по ответу на один из вопросов можно предсказать ответы на ряд других. Эту связь можно вычислить математически и затем объединить связанные между собой вопросы в общую группу (фактор). В результате факторного анализа Айзенк выделил два независимых фактора, которые он считал важнейшими для оценки лично-



Рис. 6.1. Круг Айзенка.

сти: обращенность личности внутрь или вовне (*интроверсия—экстраверсия*) и особенности эмоциональности (*эмоциональная стабильность—невротизм*). Полученную двухфакторную модель можно сравнить с классической типологией темпераментов (рис.6.1). Хотя в дальнейшем Айзенк добавил к этой модели дополнительную ось *психотизма* (независимость, бесчувствие, невнимание, оппозиционность), полученная схема позволяет лишь в самых общих чертах описать личность.

Фундаментальное аналитическое исследование было проведено в Англии и США Раймондом Б. Кэттелом (1905—1998). Он попытался объединить сведения, полученные при сборе анамнеза с данными опросников, и с помощью многоэтапного факторного анализа выделил 16 (у детей 18) относительно независимых качеств, которые поддаются измерению с помощью специально разработанного опросника. Кэттел опасался, что факторы, выделенные математически, будут путать с распространенными личностными качествами, поэтому он придумал для этих факторов непонятные названия (табл.6.1). Предлагаемая Кэттелом система весьма интересна с точки зрения исследователей личности, однако практикующему вра-

чу и психологу очень трудно осмыслить сложную структуру (так же трудно, как представить себе 16-мерное пространство), в которой нам не удается выделить существенное и несущественное: ведь, согласно Кэттелу, все эти факторы независимы и существенны.

Таблица 6.1. Описание факторов, выделенных Р. Б. Кэттелом (16 P. F.)

Низкие значения фактора	Код фактора	Высокие значения фактора
Сизотимия Замкнутый, отрешенный, критичный, отстраненный, негибкий	− A +	**Аффектотимия** Открытый, теплосердечный, легкий, участвующий
Низкие мыслительные способности Конкретное мышление, низкий интеллект	− B +	**Высокие мыслительные способности** Умный, абстрактное мышление, высокий интеллект
Низкая сила эго Поддающийся чувствам, эмоционально менее устойчивый, легко расстраивающийся, изменчивый	− C +	**Высокая сила эго** Эмоционально устойчивый, зрелый, смотрит в лицо действительности, спокойный
Флегматический темперамент Сдержанный, осмотрительный, неактивный, тяжеловесный	− D +	**Возбудимость** Нетерпеливый, требовательный, сверхактивный, несдержанный
Субмиссивность Смиренный, мягкий, легко ведомый, послушный, приспосабливающийся	− E +	**Доминирование** Самоутверждающийся, агрессивный, конкурирующий, упрямый
Десургенция Трезвый, молчаливый, серьезный	− F +	**Сургенция** Беспечный, веселый, воодушевленный
Низкая сила супер-эго Стремящийся к выгоде, пренебрегающий правилами	− G +	**Высокая сила супер-эго** Совестливый, моралистичный, степенный, упорный
Тректия Робкий, застенчивый, чувствительный к угрозе	− H +	**Пармия** Склонный к авантюре, расторможенный, социально смелый, дерзкий
Харрия Жестко мыслящий, полагающийся на себя, реалистичный	− I +	**Премсия** Мягкий, неуверенный, сенситивный, тянущийся к другим, сверхопекаемый

Низкие значения фактора	Код фактора	Высокие значения фактора
Цепшия Пылкий, живой, любящий групповую активность	– J +	**Коастения** Осторожный индивидуализм, рефлектирующий, с внутренним ограничением
Алаксия Доверяющий, принимающий условия	– L +	**Протенсия** Подозрительный, не дает себя провести
Праксерния Практичный, прозаичный, земной	– M +	**Аутия** С развитым воображением, рассеянный, богемный, погруженный в идеи
Безыскусственный Прямолинейный, откровенный, простой, искренний, но социально неловкий	– N +	**Проницательный** Хитрый, обходительный, тонкий, искушенный, хорошо социально ориентирующийся
Ничем не возмущаемая адекватность Уверенный в себе, спокойный, благодушный, безмятежный	– O +	**Склонность к чувству вины** Полный мрачных опасений, обвиняющий себя, неуверенный, тревожащийся, озабоченный
Консерватизм темперамента Консервативный, уважающий традиционные идеи и представления	– Q_1 +	**Радикализм** Экспериментирующий, либеральный, свободно мыслящий
Приверженность к группе Зависимый от группы, «примыкающий», слепой последователь	– Q_2 +	**Самодостаточность** Самодостаточный, изобретательный, предпочитающий собственные решения
Низкая интеграция чувства «Я» Внутренне недисциплинированный, разболтанный, следует собственным импульсам, пренебрегает социальными правилами	– Q_3 +	**Высокая интеграция чувства «Я»** Контролирующий себя, волевая регуляция поведения, социально щепетильный, умеющий себя принудить, следующий создаваемому образу «Я»
Низкое эргическое напряжение Расслабленный, спокойный, вялый, нефрустрированный, невозмутимый	– Q_4 +	**Высокое эргическое напряжение** Напряженный, фрустрированный, усталый, перегруженный работой

Факторы второго порядка
(объединяют и обобщают факторы первого порядка)

Q_I	Интроверсия—экстраверсия (инвия—эксвия)
Q_{II}	Низкая тревожность—высокая тревожность (приспособленность—тревожность)
Q_{III}	Сенситивность, эмоциональность—нечувствительная уравновешенность (патемия—кортертия)
Q_{IV}	Зависимость—независимость (подчиненность—воля Прометея)
Q_V	Естественность—скрытность
Q_{VI}	Холодный реализм—чрезмерная субъективность
Q_{VII}	Низкий интеллект—высокий интеллект (комбинация фактора В с рядом других)
Q_{VIII}	Низкая сила супер-эго—высокая сила супер-эго (комбинация факторов G, С и Q_3)

Сам Кэттел пытался путем дальнейшего факторного анализа объединить некоторые качества и упростить свою модель. Понятно, что при этом ухудшались точность и полнота оценки личности. В качестве компромиссной и довольно стройной в последние годы предлагается модель «Большой пятерки» (Л. Р. Голдберг, П. Т. Коста, Р. Р. МакКрей). Количество базисных черт в этой модели сведено до 5: невротизм, экстраверсия, открытость опыту, доброжелательность, сознательность (табл. 6.2). Примерно оценить выраженность этих свойств у себя или пациента можно с помощью методики, приведенной в Приложении 2.

Хочется обратить внимание на то, что математическая оценка личности с помощью осей связана с трудностями при трактовке средних показателей. Мы легко представляем себе человека крайне эгоистичного или крайне альтруистичного. Но как ведет себя индивид со средними показателями: поступает альтруистично в половине случаев или просто лежит и не делает ничего?

Свою модель Кэттел сравнивал с подходом бихевиористов, которые с помощью эксперимента изучают лишь одно из качеств человека. Такой подход не дает возможности увидеть целостную картину личности. Этих недостатков лишен **клинический метод**, основанный на практическом опыте и интуиции. Хотя при клинической оценке трудно избежать субъективизма, такой подход позволяет получить наиболее целостную картину личности, выделить кардинальные ее черты.

Наиболее яркие клинические описания типов личности были сделаны психиатрами, которые сравнивали особенности здоровых людей с некоторыми качествами, развивающимися при психических заболеваниях. Именно на этом принципе основана классификация темпераментов Э. Кречмера (см. раздел 5.1). Многие годы в Европе классификация расстройств

Таблица 6.2. Черты личности, образующие «Большую пятерку» [Коста П. Т., МакКрей Р. Р., 1985]

Качества, соответствующие высоким оценкам	Качества, соответствующие низким оценкам
Невротизм (N)	
Беспокойный, нервозный, эмоциональный, неуверенный, неадекватный, ипохондрический, неустойчивый к стрессу, склонный к чрезмерным страстям и порывам, к идеям, далеким от реальности, и к неадекватным реакциям на действительность	Спокойный, расслабленный, приспособленный, неэмоциональный, выносливый, уверенный, довольный собой
Экстраверсия (E)	
Общительный, имеющий широкие социальные связи, активный, разговорчивый, ориентированный на людей, оптимистичный, любящий повеселиться, ласковый	Сдержанный, трезво мыслящий, нежизнерадостный, отчужденный, ориентированный на дело, тихий, незаметный в компании
Открытость опыту (O)	
Любопытный, с широкими интересами, творческий, ищущий, оригинальный, терпимый к чужому и непривычному, нетрадиционный, с богатым воображением	Связанный условностями, приземленный, с ограниченными интересами, не обладающий ни художественным, ни аналитическим складом ума
Доброжелательность (A)	
Мягкосердечный, доброжелательный, доверчивый, услужливый, великодушный, сочувствующий, легковерный, прямой в чувствах и действиях	Циничный, грубый, враждебный, подозрительный, избегающий сотрудничества, мстительный, безжалостный, раздражительный, манипулирующий другими
Сознательность (C)	
Организованный, настойчивый, надежный, усердный, самодисциплинированный, целеустремленный, пунктуальный, педантичный, аккуратный, тщательный в работе, честолюбивый, настойчивый	Нецелеустремленный, ненадежный, ленивый, беспечный, небрежный, нерадивый, слабовольный, любящий наслаждения, незаинтересованный

личности основывалась на работах немецкого психиатра Курта Шнайдера (1887—1967), который описал гипертимных, депрессивных, неуверенных в себе, фанатических, тщеславных, лабильных, взрывных, равнодушных, безвольных, астеничных психопатов.

В российской психиатрии классическим считается описание патологических характеров П. Б. Ганнушкина (1875—

1933). Предложенные им названия психопатий традиционно вытекают из названий болезней. Он выделял циклоидов, астеников, параноиков, шизоидов, эпилептоидов, истерических психопатов, неустойчивых, антисоциальных и конституционально-глупых. В работах Ганнушкина дано описание кардинальных черт для каждого из вариантов личностей и показано их взаимоотношение с другими соподчиненными свойствами личности. Сам Ганнушкин подчеркивал нечеткость границ между «нормальной» и патологической личностью. Он замечал, что само понятие личности предполагает определенное отклонение от стандарта, а отсутствие такого отклонения должно восприниматься как отсутствие индивидуальности (бесхарактерность).

Немецкий психиатр Карл Леонгард (1904—1988) попытался систематизировать кардинальные черты личности, определяющие индивидуальные различия. Он считал, что таких черт может быть много, но все же число их ограничено. При этом определяющими могут стать черты, относящиеся к разным психическим сферам. Так, один человек выделяется своим темпераментом, эмоциональностью, другой — особым складом мышления, третий — направленностью своих интересов. Чрезвычайно важное значение К. Леонгард придавал преобладанию *альтруистической* или *эгоистической* направленности. Кардинальные черты личности определяют во многом смысл и особенности вторичных, подчиненных черт характера. Так, *чувство долга* (вторичная черта) приобретает разный смысл у альтруистических (боязнь подвести коллег, стремление быть полезным) и у эгоистических личностей (стремление через ответственность достичь высокого положения, опередить соперников в карьерном росте).

Работа Леонгарда, характеризующаяся яркой клинической направленностью, стремлением подчеркнуть не столько патологические, сколько здоровые стороны личности, заслуживает более подробного рассмотрения в следующих разделах.

6.2. Понятие акцентуации личности

Определение границы между здоровьем и патологией составляет серьезную проблему в медицине, особенно если речь идет об особенностях психической жизни человека. Обыватель нередко бывает раздражен поступками людей, не соответствующими его ожиданиям, и склонен считать их проявлениями болезни. Как это ни странно, опытные психиатры часто более терпимо относятся к необычным поступкам и высказываниям, чем врачи-интернисты и психологи, не имеющие опыта работы с душевнобольными. Ведь, ежедневно общаясь с больными, психиатр видит, что даже при тяжелом психическом расстрой-

тве не все поступки больных определяются их болезнью: разные пациенты вызывают у окружающих несхожие чувства — от раздражения и страха до обаяния и сопереживания.

Возможна и другая крайность. Врач как человек, обладающий собственными особенностями характера и личным опытом, может находить в поведении больного много сходства с собственными переживаниями. Замечая страдания пациента, он может слишком оптимистично оценивать способности человека справиться с ситуацией («Ведь я пережил это — значит, и он сумеет с этим справиться»). Это становится причиной бездействия в тех ситуациях, когда своевременное лечение могло бы избавить пациента от ненужных страданий. Таким образом, игнорируется основное гуманное содержание врачебной профессии.

Это указывает на необходимость выделения более точных критериев, определяющих состояние психического здоровья человека. С нашей точки зрения, важнейшим из этих критериев является ***способность адаптироваться*** в самых различных жизненных ситуациях. Таким образом, не может быть признан психически больным человек, который имеет профессию и удовлетворительный уровень образования, успешно продвигается по служебной лестнице, имеет прочную семью, поддерживает, материально обеспечивает себя и свою семью, поступки которого не нарушают полезных для него социальных связей (с коллегами, друзьями, знакомыми, соседями), не угрожают его жизни и социальному статусу в условиях данной культуры и данного общества.

Признаком здоровья человека является его способность к адаптации в самых различных сферах жизни:

- наличие образования
- наличие семьи
- профессиональный рост
- способность обеспечить материальное благополучие себе и своим детям
- наличие полезных социальных связей, знакомых и близких друзей
- поддержание удовлетворительных отношений с начальством, коллегами, соседями
- законопослушание

При этом приходится признать, что и психически здоровые люди могут дать срыв в исключительно сложной жизненной ситуации. Однако такой срыв обычно непродолжителен (от дней до нескольких месяцев) и обратим. Кратковременный срыв адаптации мы рассматриваем как *невротическую реакцию* или психогенное заболевание, но не как признак патологической личности.

В таком случае необходимо точнее определить, что такое нормальная и патологическая личность. Важно подчеркнуть, что слово ***норма*** как отражение среднестатистического, типичного, наиболее распространенного просто неприменимо для описания личности, поскольку при анализе личности мы подчеркиваем именно индивидуальное и нетипичное. Исследования, в которых оценивали уровень адаптации людей, чьи показатели по различным тестам соответствовали среднестатистической норме, показывают, что такой «средний» человек обычно малоуспешен в жизни, не может конкурировать с более яркими индивидами в борьбе за более высокое социальное положение. Нередко у таких людей определяют признаки психического нездоровья (пограничную умственную отсталость). Поэтому правильнее для характеристики здоровья использовать понятие ***гармоничная личность***. Это свидетельствует о том, что различные черты характера удачно уравновешивают друг друга, не вступают в противоречие и не приводят к внутреннему конфликту сами по себе.

Карл Леонгард предложил среди здоровых личностей выделять группу индивидов, определенные черты которых непропорционально усилены, что значительно отличает их от большинства людей. Такие личности он назвал ***акцентуированными***. Окружающие нередко воспринимают таких людей как необычных, странноватых, чудаковатых, выдающихся, своеобразных, но это не мешает им поддерживать стабильное и достаточно высокое положение в обществе. Яркие личностные особенности определяют то, что в некоторых индивидуально непереносимых ситуациях люди с акцентуацией могут оказаться более ранимы, чем те, у кого характер сбалансирован. Вместе с тем для акцентуированных личностей существует целый ряд ситуаций, в которых они могут проявить бóльшую устойчивость и продуктивность, чем большинство обычных людей. Например, необходимость выступить с ответственным сообщением перед авторитетной аудиторией у многих обычных людей может вызвать тревогу, неуверенность в себе и преходящие нарушения сна, а человек с чрезвычайно выраженной активностью, склонный к положительной оценке своих способностей, скорее всего, воспримет это как удачный шанс продемонстрировать свои успехи. История и литература предоставляют нам множество примеров странностей и чудачеств знаменитых и талантливых людей, которых мы считаем совершенно здоровыми.

Гармоничным и акцентуированным личностям противопоставляются ***расстройства личности*** (психопатии). Черты характера при психопатиях настолько несбалансированны и так противоречат требованиям общества, что это приводит к конфликтам и дезадаптации практически в любой сфере социальной жизни (дома, на работе, в учебном заведении, в

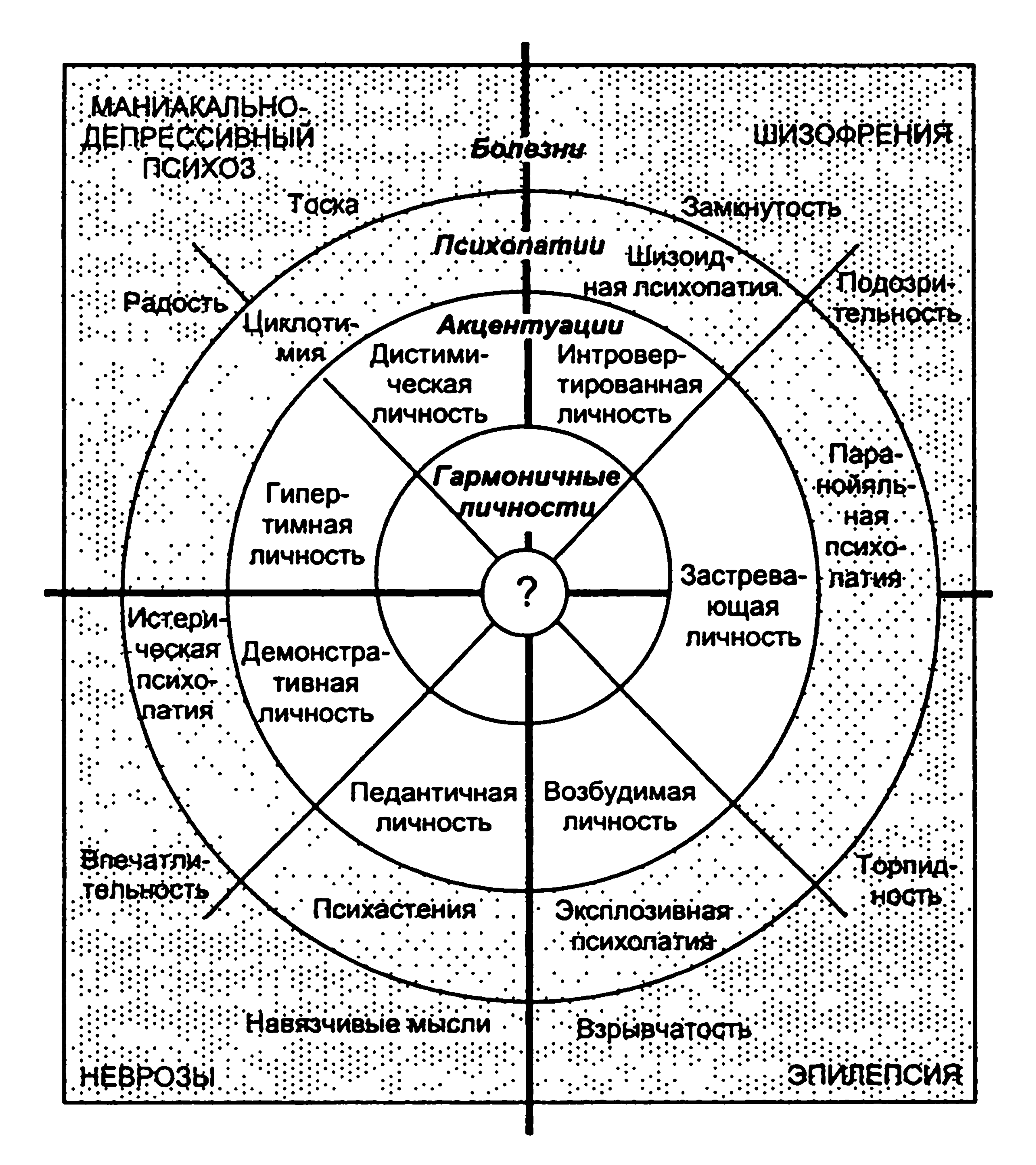


Рис. 6.2. Сопоставление акцентуаций характера с наиболее важными психическими заболеваниями и психопатиями.

компании сверстников, на улице и в общественных местах). Хотя даже у психопатов можно наблюдать непродолжительные периоды, свободные от конфликтов, но обычно для этого требуется создать некоторые исключительные, не встречающиеся в обыденной жизни условия. Так, замечают, что некоторые преступники могут демонстрировать удовлетворительное поведение в условиях тюрьмы, но оказываются в растерянности и тревоге, когда срок заключения заканчивается.

Анализ отдельных характерологических черт показывает, что нет каких-либо исключительно патологических признаков личности, что качества, которые мы наблюдаем у гармоничных, акцентуированных и психопатических личностей, схожи

между собой (рис. 6.2). Одна и та же черта при средней выраженности может способствовать адаптации, а при чрезмерной — приводить к срыву, т. е. «все слишком хорошее в конце концов становится плохим». Однако разница между психопатией и здоровьем зависит не только от количественной выраженности признаков, но и от их сбалансированности. Например, высокая утомляемость и низкая трудоспособность человека могут быть частично компенсированы его высокой ответственностью. Поэтому невозможно только с помощью одних тестовых методик количественно определить критерии расстройства личности.

Для разграничения здоровой и патологической личностей также важно учитывать направленность и ведущие мотивы деятельности (см. главу 7). Так, человек, отличающийся чрезмерной активностью, может быть вполне адаптирован, если он стремится к самореализации в науке, искусстве или политической деятельности. Та же активность, но направленная на мщение, грабеж, обогащение за счет притеснения слабых и беззащитных, может быть признаком патологического характера.

6.3. Типы личностных акцентуаций

Ниже мы приводим подробное описание некоторых типов личности, выделенных К. Леонгардом, и обсуждаем возможности их адаптации в различных жизненных ситуациях, особенно в медицинской практике. Приведенные описания являются идеальными. При обследовании конкретного человека нам нередко удается обнаружить признаки нескольких личностных типов; в этом случае может быть установлен смешанный тип (см. раздел 6.3.8). Подробное клиническое обследование позволяет довольно точно оценить тип личности человека, но при недостатке времени, а также при сборе научного материала можно воспользоваться специальными тестовыми методиками (см. Приложение 1).

6.3.1. Интровертированные личности

Центральными чертами интровертированной личности являются *замкнутость*, отгороженность, отстраненность, незаинтересованность в постороннем мнении. Этому сопутствует высокий интерес к интеллектуальной деятельности (преобладание второй сигнальной системы). Эмоциональность интровертированного человека всегда находится в подчинении у мышления. Это приводит к тому, что такому человеку трудно вызвать сочувствие и сопереживание у окружающих. Свои чувст-

ва он выражает крайне сложно, патетически, основывая свою благосклонность на уважении особых способностей приятного ему человека. Погруженность в собственные идеи, с одной стороны, мешает интроверту понимать и воспринимать чувства окружающих: так, он может продолжать рассказывать о интересующем его предмете, не замечая, что слушатель давно потерял интерес к этому. С другой стороны, *эмоциональное спокойствие* позволяет ему проявлять терпение, не обращать внимание на колкости. Замечают, что интровертированные родители часто становятся хорошими воспитателями для своих детей, никогда не балуют их, заботятся об их образовании, не проявляют излишней строгости в наказаниях.

Для интроверта характерна высокая *самостоятельность во мнении*, он не склонен менять свою точку зрения, даже если она расходится с позицией большинства. Общению с людьми он предпочитает чтение, работу на компьютере, обдумывание какой-либо концепции. Независимость от стереотипов общества позволяет ему высказывать идеи, которые другим кажутся противоречащими «здравому смыслу». Вероятно, многие научные открытия не состоялись бы, если бы их создатели не проявили упорства и противодействия общественной позиции.

Интеллектуальная деятельность становится основным источником удовольствия для интровертов. Все остальные занятия (чтение, физические упражнения, соблюдение диеты, коллекционирование) оцениваются в соответствии с тем, сколько пищи для ума они дают. Так, трепетное отношение к одним книгам (вызывающим поклонение) сочетается у них с таким равнодушием к другим, что они без сожаления выбрасывают их на свалку. Многие из них любят игру в шахматы и проявляют талант в этой игре, а вот необходимость обеспечивать свой быт вызывает у них раздражение; дома обычно поддерживается такой порядок (многим он кажется беспорядком), который обеспечивает возможность заниматься любимым делом. Эти люди удивительно непрактичны. При общей образованности и начитанности они не имеют представления об устройстве простейших вещей (электрические приборы, сантехнические устройства), не знают, куда обратиться в случае поломки, они охотно тратят деньги на книги, произведения искусств, забавные безделушки, но не всегда находят достаточно средств на новую одежду.

Шумные совместные развлечения не вызывают у интроверта никакого интереса. Если ему нравится классическая музыка, то он предпочитает слушать ее дома или в консерватории, но редко получает удовольствие от театральной постановки, так как суета на сцене мешает ему уловить величие музыки. Интроверт, не задумываясь, отказывается от приглашения на вечеринку, он редко злоупотребляет алкоголем. Вынужденный

проводить время в компании, он часто выключается из общего веселья, бывает поглощен чтением книги, найденной у хозяев. Заинтересованность и погруженность в себя позволяют ему сосредоточиться и не обращать внимания на отвлекающие звуки. Вместе с тем легковесность, поверхностность суждений окружающих раздражают его и могут вызвать неожиданное недовольство и гнев.

Интровертированную личность трудно отнести к эгоистичным или альтруистичным, поскольку эти люди не склонны к зависти, могут не замечать своей выгоды, нередко они увлечены рассуждениями о способах улучшить жизнь всего человечества. Вместе с тем они могут не замечать нужд товарищей и коллег, отказать в помощи, не проявить необходимой предупредительности и сочувствия. Самооценку этих людей также трудно описать, поскольку они не ставят себя ни выше, ни ниже других, но просто не замечают никого вокруг, не интересуются людьми и не сравнивают себя с ними.

Их успех и адаптация часто зависят от правильного выбора профессии. Они не любят бессмысленной, монотонной работы, обыденность заставляет их чувствовать собственную ненужность и нереализованность. Любая возможность проявить творческий подход позволяет им улучшить мнение о себе. Необходимость общаться с людьми в процессе работы не очень беспокоит их сама по себе, но их удивляет и раздражает непонимание того, что от них хотят другие люди. Работая врачом, такой человек постоянно сталкивается с тем, что он не понимает или неправильно понимает намеки больных, совершенно превратно толкует их поступки и высказывания; сам выражается так витиевато и непонятно, что путает этим пациента. Это мешает ему достигнуть успеха в психотерапии, на терапевтическом приеме, в общении с детьми, зато в научной деятельности интроверты могут предложить неожиданные решения и новые подходы.

Интровертированный человек испытывает определенные трудности при попытке создать семью. Он не может привлечь к себе внимание, отличается неловкостью, излишне патетически признается в любви, не всегда может показать свою возможность материально обеспечить семью, проявляет некоторую душевную слепоту в отношении качеств своего избранника (подобно Дон-Кихоту, видит в замарашке Дульсинею). Уже созданная семья (обычно состоящая из двух интровертов) характеризуется стабильностью: эмоциональная холодность защищает супругов от ссор и размолвок, бурные романы, страсти и измены совершенно им не свойственны. В детях они стремятся воспитать интерес к творчеству и знаниям, нередко у них имеется своя собственная концепция того, как надо воспитывать детей. Их представление о своих детях часто сильно отличается от реальности. Сами дети могут понимать

эту ошибку родителей и держать их в неведении о своих переживаниях и шалостях.

При возникновении соматической болезни интроверт может проявить либо растерянность, непонимание, как надо действовать, либо равнодушие и пассивность. Такой пациент либо предпочитает лечиться методами, о которых узнал из книг, либо совершенно не проявляет интереса к проводимой терапии («Вы специалисты — вы и лечите, я в этом ничего не понимаю»). К сожалению, по мимике этого человека очень трудно понять, как он относится к словам врача. Часто пациент, который не высказал ни одного возражения в процессе беседы, в дальнейшем не принимает ни одного из названных лекарств, поскольку считает все рассуждения врача легковесными и глупыми. Такое же спокойствие больной демонстрирует при возникновении осложнений и побочных эффектов. Это может стать причиной позднего обращения за медицинской помощью. Явные конфликты интроверта с лечащим врачом маловероятны, он редко отстаивает свои права в суде. В неблагоприятной ситуации он стремится удалиться, уединиться, отвлечь себя чтением или творчеством.

Среди интровертированных личностей преобладают люди с лептосомным (астеническим) телосложением.

6.3.2. Застревающие личности

Типичными чертами застревающей личности считают *упорство*, настойчивость, непреклонность, высокую силу воли, но все эти качества находятся в подчинении у ярко выраженной *эгоцентрической направленности*, поэтому эти люди легко мобилизуют свою волю в том случае, когда видят, какая выгода их ожидает, и теряют интерес к работе, как только замечают, что она полезна не им самим, а кому-то другому. Их особенно интересуют материальная выгода, поддержание собственного престижа, благополучие собственной семьи. Окружающих они нередко воспринимают как потенциальных соперников, всегда ожидают подвоха с их стороны. Они склонны приписывать всем вокруг качества, которые усиленно не хотят видеть в себе самих. Свою нечистоплотность они оправдывают тем, что все другие люди думают и действуют так же («С волками жить — по-волчьи выть»). Их самооценка, как правило, завышена.

Данных людей отличают усидчивость, организованность, требовательность. У них наблюдается удачный баланс первой и второй сигнальных систем, однако при неплохой смекалке их мышление слишком часто опирается на стандартные схемы. Их выраженная приземленность и практицизм приводят к тому, что они не любят задумываться над вопро-

сами, не относящимися к кругу повседневных нужд. Они придерживаются распространенных в обществе взглядов, поклоняются той религии, которая признана официально, чтят традиции. Писаные и неписаные правила, инструкции, распоряжения руководства, параграфы закона имеют для них особое значение.

Человека с чертами застреваемости нельзя назвать ни замкнутым, ни особенно общительным. Его согласие принять участие в общем веселье будет зависеть от того, насколько полезно или престижно присутствие на данном мероприятии. Так, приглашение начальника и известного высокопоставленного лица будет принято с благодарностью, а предложение повеселиться с подчиненными или бедными родственниками, вероятнее всего, будет отклонено, особенно если это связано с необходимостью потратить деньги без выгоды для себя. Такие люди обычно не особенно интересуются искусством, но охотно посещают знаменитые театры и скандальные выставки, особенно если узнают, что этим интересуется кто-нибудь из начальства.

В общении они четко разделяют полезных и неполезных людей. Выражение усталости и равнодушия, которое они испытывают при необходимости выслушивать излияния души нижестоящего, немедленно сменяется искренней заинтересованностью, восхищением и откровенной лестью, если к ним обращается высокопоставленное лицо. Они никогда не забывают делать маленькие подарки, привозить из поездки сувениры нужным им людям.

Очень болезненно они воспринимают любое ущемление их потребностей, долго помнят обиду, стараются отомстить. Склонность к зависти и ревности весьма характерна для застревающих. Успех коллег, их быстрое продвижение по службе они воспринимают как результат интриг, а не как поощрение реальных заслуг. Они стремятся занять доминирующее положение в коллективе; добившись повышения, начинают считать, что подчиненные «готовят подкоп». Сами они теряют бдительность под воздействием лести, приближают к себе тех, кто никогда им не возражает, любую критику воспринимают крайне враждебно. Глубокой привязанности к своему коллективу они не испытывают, поэтому легко меняют место работы при появлении более выгодного предложения.

Отношения с противоположным полом складываются довольно легко, поскольку застревающая личность может проявить достаточное упорство, чтобы добиться благосклонности. Партнера также привлекают в этом человеке практичность и подчеркнутая забота о материальном благополучии семьи. Решение о формальной регистрации брака принимается ими только при уверенности, что этот брак не повредит их репута-

ции (красота, молодость, богатство, высокое общественное положение будущего супруга). В дальнейшем много внимания уделяется тому, чтобы все члены семьи могли поддержать высокий престиж (покупка дорогих и модных украшений, обучение детей в престижном учебном заведении, строительство дорогого помпезного дома). Супружеская измена — не редкость среди застревающих личностей, однако они обычно не стремятся к разводу с законным супругом до тех пор, пока этот брак остается выгодным. При этом они проявляют чрезвычайную ревность, любые вольности со стороны супруга строго наказываются.

Врач, обладающий чертами застреваемости, стремится сделать карьеру и нередко становится руководителем (главным врачом, заведующим отделением или начальником отдела здравоохранения). Стиль его руководства слишком авторитарный, он не допускает возражений, редко прислушивается к мнению подчиненных. При этом он умеет поддерживать отношения с начальством, может добиться для своего предприятия особых условий финансирования. Его требовательность к подчиненным повышает дисциплину в коллективе. Он делает все, чтобы успехи работы его учреждения стали известны, гордится наградами и дипломами. В общении с рядовыми больными ему не хватает заинтересованности, он склонен переоценивать свою проницательность и диагностические способности, мало слушает больного и слишком много говорит сам; не любит, когда ему возражают. Жалобы и претензии пациентов склонен расценивать как капризы, легко принимает решения и не любит менять свое мнение.

Состояние нездоровья пациент с чертами застреваемости воспринимает как грубое ущемление его интересов. Он готов отложить все дела ради того, чтобы «полностью и окончательно вылечиться». Поступив в больницу, он требует к себе особого отношения, помещения в более удобную палату. Такой больной на все имеет свою точку зрения, его трудно переубедить, особенно если его врач молод и неизвестен. Мнение знаменитого врача, «светила», напротив, рождает в нем безграничное доверие. Такой пациент легко вырабатывает свои собственные схемы лечения, которым он строго следует (например, уверен что «запор — причина всех болезней», что «все лекарства — яд», что «закаливание и физические упражнения могут победить любую хворь»). Его упорство помогает ему выполнить даже самые трудновыполнимые рекомендации врача (например, может раз и навсегда бросить курить, если сочтет, что это вредит его здоровью). Можно быть уверенным, что если он доверяет доктору, то все предписания будут выполнены в точности. Однако любое ухудшение самочувствия пугает его, заставляет искать виновных. Он часто объясняет отсутствие успеха в лечении чьей-

либо халатностью или злым умыслом. Поэтому в случае осложнений он склонен обращаться в суд.

Среди застревающих личностей особенно часто встречаются лица атлетического телосложения.

6.3.3. Возбудимые личности

Главные черты возбудимой личности — это нетерпеливость, *взрывчатый темперамент* и смелость, доходящая до безрассудства. Будучи людьми доброжелательными, открытыми, простыми в повседневном общении, они решительно меняются при возникновении малейшего стресса или конфликта. Свое раздражение они, не задумываясь о последствиях, выражают в грубой брани, крике, рукоприкладстве. Для них очень важно выплеснуть свой гнев (холерический темперамент), после этого они чувствуют успокоение, разрядку, иногда раскаиваются, просят прощения. Извинения их звучат не очень искренне, часто они переносят часть вины на свою жертву («Прости, но в следующий раз будь поосторожнее в выражениях, со мной так нельзя!»).

Для возбудимых личностей характерна любовь к физическим упражнениям, они не боятся физической работы, хотя не настроены на долгую нагрузку, любят делать «перекуры». Они стремятся продемонстрировать свое физическое превосходство поднятием тяжестей и соревнуясь в борьбе. Интеллектуальные занятия редко привлекают их внимание (*преобладание первой сигнальной системы*), они не сильны в абстрактных науках, считают их слишком запутанными. Их суждения об окружающих просты и категоричны («свой парень», «зануда», «слабак»). Себя они оценивают весьма высоко, все свои недостатки считают мелкими. В коллективе они стремятся занять лидирующее положение, грубо подшучивают над физически слабыми.

Весьма типичной чертой возбудимых является *бесхитростность* («что на уме — то и на языке»). Окружающих привлекают их чистосердечие, отсутствие второго дна, неспособность на подлость. Вместе с тем эти люди характеризуются ярко выраженной *эгоцентрической* направленностью, поэтому они без зазрения совести отказываются от всего, что не приносит пользы им лично. Хорошие отношения с этими людьми вовсе не гарантируют отсутствия выпадов и агрессии с их стороны. Они склонны мгновенно менять свое мнение о человеке при возникновении разногласий.

Семью такому человеку создать довольно легко, так как он бурно выражает свою любовь, стремится силой овладеть объектом желаний, готов немедленно жениться. Однако в семейной жизни он весьма нетерпелив, ревнив, груб. Его склон-

ность к агрессии (особенно на фоне приема спиртного) часто становится причиной развода.

Отношения с сотрудниками на работе складываются у возбудимых весьма неровно, периоды панибратства сменяются бурными ссорами. Их вспыльчивость нередко заставляет, не раздумывая, написать заявление об уходе с работы. В дальнейшем они часто сожалеют о таком поступке, но гордость не позволяет им вернуться с извинениями. Успехи возбудимые могут продемонстрировать в спорте, на военной службе, в команде экстренной помощи. В чрезвычайных ситуациях они действуют быстро, не обращают внимания на боль и неудобства. К сожалению, они не всегда соблюдают дисциплину, могут злоупотреблять алкоголем, не задумываясь о том, что это может помешать работе, вождению машины.

Из врачебных специальностей возбудимому человеку больше всего подходит работа в «скорой помощи», реанимации, экстренной хирургии и травматологии. Его решительность позволяет ему быстро начать действовать, хотя стандартность мышления может стать причиной ошибки в нестандартной ситуации. С пациентами такой врач прост в общении, ко всем обращается на «ты». Ему свойственна некоторая черствость, так как он любит не разговаривать, а действовать, любые откровения считает пустой болтовней.

Возникновение болезни полностью выбивает возбудимого человека из колеи, лишает его силы и мужественности. Он становится капризным, раздражительным, возмущается тем, что окружающие совсем не уделяют ему внимания, кричит на врача и медсестер. Он совершенно не может проявить терпение, не выносит никаких запретов. Если он требует отпустить его домой из стационара, иногда лучше выполнить его просьбу, попросив родственников понаблюдать за ним дома. В противном случае он может сломать дверь или выпрыгнуть в окно, а после побега вернуться, просить прощения, молить о продолжении лечения. Давать такому человеку какие-либо рекомендации на будущее очень сложно, так как он, скорее всего, не будет их выполнять, потому что на фоне улучшения состояния он обычно теряет интерес к лечению.

Возбудимые черты существенно чаще встречаются у мужчин с атлетическим телосложением.

6.3.4. Педантичные (тревожно-мнительные) личности

Для педантичных личностей весьма характерны *мнительность*, *нерешительность*, сочетающиеся с аккуратностью и скрупулезностью. В основе такой позиции, вероятнее всего, лежит склонность к обдумыванию и анализу (преобладание *второй сигнальной системы*). Такие люди никогда не полагаются на

чувства, но всегда обдумывают свои поступки, высказывания, стремятся предусмотреть все возможные последствия и действовать в соответствии с планом. Любые неожиданные изменения ситуации вызывают у них новые размышления, сомнения, колебания. Эти лица не считают угрожающей только такую ситуацию, при которой они имеют несомненные гарантии безопасности. Свои колебания они скрывают от других, внешне выглядят спокойными и немного медлительными (*флегматический темперамент*). Спасением от неожиданностей им служат аккуратность и педантизм, временами доходящий до мелочности. Они работают очень тщательно, стремятся все довести до совершенства (*перфекционизм*). Это мешает им закончить начатое дело, поскольку кажется, что можно выполнить его еще лучше.

Боязливость и робость делают педантов весьма сдержанными в общении, особенно в компании малознакомых людей. Это производит впечатление некоторой замкнутости, отгороженности, высокомерия («себе на уме»). Однако такое поведение нельзя назвать истинно интровертированным, поскольку педанты всегда интересуются мнением других людей, боятся показаться некомпетентными, «ударить в грязь лицом». Их нерешительность заставляет их искать совета и поддержки у окружающих, однако они очень осторожно подбирают друзей, никогда не забывают обиды, хотя и не проявляют мстительности. Только в компании хорошо знакомых людей они бывают непосредственны и раскованны, охотно делятся с близкими самым сокровенным.

Себя самих педанты оценивают неровно, чаще всего они недовольны собой (*комплекс неполноценности*), однако в душе уважают свой интеллект, гордятся своей трудоспособностью и аккуратностью, при этом винят себя за нерешительность. На людях они могут громко заявлять о своей уверенности, хотя это только подчеркивает их внутренние сомнения. В борьбе со своей мнительностью педанты могут совершать резкие и необдуманные поступки (*гиперкомпенсация* — см. раздел 9.2), проявлять упрямство, несговорчивость.

Низкая самооценка часто рождает в них самоотверженность и *альтруизм*. Если для себя они никогда не потребуют никаких поблажек, то, защищая интересы других, часто вступают в спор, охотно тратят свое время и деньги на помощь иногда малознакомым людям, сами получают удовольствие от своей жертвенности. В отношении самих себя они малопрактичны, не умеют отстоять свои интересы, боятся обратиться за помощью, делают все сами.

Постоянное самокопание, поиски смысла жизни не дают этим людям спокойно расслабиться и отдохнуть. Они часто выбирают монотонные занятия (прогулка, шитье, вязание), на компьютере — одни и те же известные игры, но винят себя за

это. Они не любят выходных дней, чувствуют, что впустую тратят время, стремятся и в выходные заняться работой. Их монотонную и размеренную жизнь можно назвать скучной, поэтому они любят украсить ее фантазией и мечтой (часто бесплодной). Эти люди довольно романтичны, сентиментальны, любят поплакать над книгой, но никогда не показывают своих чувств в присутствии посторонних.

Создание семьи становится для тревожно-мнительных людей настоящей проблемой. Они боятся выразить свои чувства, не доверяют чужим признаниям в любви, поскольку считают себя недостойными. Решение об оформлении брака, вероятнее всего, будет принято либо под давлением партнера, либо из боязни обидеть любимого человека своими сомнениями. В семье они обычно занимают подчиненное положение («под каблуком»). Страх за будущее заставляет их также быть очень осторожными в трате денег. Педанты проявляют верность во всем (и в семье, и по отношению к сотрудникам, и с друзьями), их влюбленность вряд ли закончится изменой. Однако они не прощают предательства, поэтому могут добиваться развода с супругом, если узнают о его неверности («Я не держу на тебя зла, но не могу выкинуть из головы то, что ты сделал!»).

На работе педанты аккуратны, исполнительны, надежны. Их боязнь показаться некомпетентными заставляет их в деталях изучать все, что им нужно для работы, они также копят в голове много информации на всякий случай («ходячая энциклопедия»). Сотрудники часто пользуются их трудолюбием и альтруизмом, перекладывая на них самую тяжелую и ответственную работу. Педанты редко меняют место работы, поскольку сомневаются в том, что на новом месте им действительно будет лучше. Кроме того, они очень ценят налаженные отношения с сотрудниками и гордятся их доверием.

Из врачебных специальностей тревожно-мнительным больше подойдут спокойные, размеренные виды деятельности (терапия, плановая хирургия, работа в лаборатории). В целом они смогут проявить себя в любой профессии, если освоят ее в совершенстве. Однако им следует избегать руководящих постов, поскольку такая работа не приносит им удовлетворения, подчеркивает их комплекс неполноценности, заставляет проявлять защитное упрямство, требовательность и несговорчивость. Альтруизм, хорошие знания и способность к анализу позволяют им быть проницательными диагностами, однако временами они придают слишком большое значение деталям, которые не позволяют им увидеть целостной картины болезни.

Тревожно-мнительный пациент проявляет доверие к врачу, он видит в нем человека более знающего и решительного, чем он сам. Вместе с тем сомнения заставляют его постоянно прислушиваться к работе своего организма, выискивать признаки начинающейся болезни (*ипохондрия*). Его пугает перспектива

обращения к врачу, поэтому он часто откладывает посещение поликлиники, обосновывая это тем, что он очень занят работой; сам ругает себя за свою ипохондричность. Почувствовав расположение к врачу, педант часто донимает его вопросами, извиняясь за назойливость, напоминает о деталях, которые, по его мнению, могут иметь большое значение. Он долго сомневается в необходимости проводить операцию, но, если решение уже принято, проявляет нетерпение, торопит врача. Отсутствие успеха в лечении он, скорее всего, объясняет своей ошибкой («Надо было быть умнее и не соглашаться на эту болезненную процедуру»), он часто не решается отстаивать свои права в суде. Данные ему рекомендации больной выполняет строго.

Педантическая акцентуация не ассоциируется с каким-либо определенным типом телесной конституции.

6.3.5. Демонстративные личности

Демонстративность проявляется *впечатлительностью*, развитым воображением, стремлением *находиться в центре внимания*. Воображаемые события настолько глубоко проникают в душу демонстративной личности, что она начинает полностью верить в их реальность. Это становится причиной невольной лжи. Такие люди столь искренне настаивают на своей правоте, что полностью убеждают окружающих. Это позволяет сравнивать их поведение с талантливой актерской игрой.

Однако демонстративные люди привлекают к себе внимание не только своим воображением, но и одеждой, яркой косметикой, необычной жестикуляцией, слишком громким или слишком тихим голосом, интонацией и мимикой. Они бывают недовольны, если оказываются лишены возможности общаться. В присутствии новых людей оживляются, становятся активны, встревают в разговор, находят, что многое из того, что рассказывает собеседник, случилось с ними самими. Они часто проявляют *детскость*, непосредственность, доверчивость, легко поддаются розыгрышу. Свое мнение о других людях они основывают исключительно на впечатлении; мышление и логический анализ даются им с большим трудом (преобладание *первой сигнальной системы*). В школе литература привлекает их гораздо больше, чем точные науки. Себя самих демонстративные люди оценивают достаточно высоко, своих недостатков они либо не замечают, либо пытаются представить их как достоинства.

Демонстративная личность является ярко выраженным *экстравертом*. Ее мнение всегда зависит от того, что говорят окружающие. Она может подчеркивать свое согласие с наиболее авторитетным лицом или поражать всех тем, что не соглаша-

ется с общепринятой точкой зрения. К сожалению, это часто скрывает отсутствие собственного мнения как такового. Вообще демонстративные люди при тщательном рассмотрении оказываются довольно поверхностными в суждениях, что становится заметно при более близком общении. Они не могут долго вызывать интерес окружающих. Это заставляет таких людей искать все новых и новых знакомых, на которых они могут произвести впечатление. В конце концов оказывается, что настоящих, близких друзей у них мало.

Поддерживать действительно дружеские отношения демонстративным личностям мешает выраженная *эгоцентрическая позиция*. Они часто сами замечают свою избалованность, подчеркивают свою беспомощность, некомпетентность, хрупкость и ранимость. Такая позиция позволяет им манипулировать другими людьми в своих интересах. Они надеются на то, что всегда найдется сильный и благородный человек, который поможет им преодолеть все препятствия. Они любят говорить о возвышенном, домашние заботы считают слишком мелкими и будничными, поэтому дома бывают непрактичны, доверяют ведение хозяйства более опытному лицу.

Демонстративные личности очень страдают, если не имеют поклонников. Замужество подруги может настолько вывести их из состояния равновесия, что они готовы выйти замуж за первого встречного. Такой брак, скорее всего, будет непрочен, так как при создании семьи они в первую очередь руководствуются эгоцентрическими мотивами. Супруг, лишенный средств и общественного положения, вызывает в них презрение. Следует признать, что в семейной жизни некоторая демонстративность супруги часто способствует поддержанию мира и согласия. Так, демонстративные люди заботятся о том, чтобы долго сохранить сексуальную привлекательность, они позволяют другим проявить свое благородство, не склонны к злопамятности, быстро забывают о ссорах.

Демонстративные личности не отличаются трудолюбием. На работе они ненадежны: получив неприятное для них поручение, часто заболевают или просто забывают о нем. Общественная работа и общение с сослуживцами и клиентами занимают их гораздо больше, чем собственно профессия. Отсутствие трудолюбия мешает им получить хорошее образование без посторонней помощи. Даже закончив вуз, они проявляют поверхностное знание своей профессии. Имея богатого супруга, они часто используют свою возможность не работать. Однако отсутствие занятия и общения приносит им больше вреда, чем пользы: они становятся еще более капризными, у них возникают функциональные расстройства здоровья, которые мешают им полноценно заниматься домашними делами.

В качестве врача демонстративная личность может привлекать больных, что служит ее коммерческому успеху. Ее актер-

ские способности могут пригодиться в работе психотерапевта. К сожалению, длительное общение с таким врачом обнажает его поверхностные знания и чувства, отсутствие искренности, поэтому ему лучше работать в санатории, физиотерапевтическом кабинете, на первичном приеме или в общественных организациях. Монотонная работа участкового терапевта и высокая ответственность хирурга не подойдут для такой личности, а вот общение с детьми дается им легко, поэтому они могут быть хорошими врачами в школе, детском саду, летнем оздоровительном лагере.

Впечатлительность и ранимость приводят к тому, что у этих людей под воздействием стресса возникают расстройства (боли, нарушения глотания, походки, дыхания, чувствительности), которые не связаны с каким-либо органическим поражением, т. е. имеют функциональный, обратимый характер. Часто это отвлекает внимание врача от действительно имеющегося у них опасного заболевания. Врач должен быть внимателен и не терять бдительности при работе с такими пациентами. Они не выносят ситуации, когда все внимание привлечено к другим пациентам. Поэтому если кому-либо из соседей по палате становится плохо, то у них часто также наблюдается резкое ухудшение самочувствия.

Большое неудобство вызывает их стремление манипулировать окружающими: они могут заставить ухаживать за собой человека, который имеет более тяжелое заболевание, часто вынуждают родственников постоянно сидеть около них, не отпускают их домой. Случается и так, что они наносят себе специальные повреждения (царапают кожу, теребят операционный шов, инфицируют рану), чтобы дольше привлекать к себе внимание. Даже при наличии тяжелого заболевания они любят принимать посетителей, на время беседы могут отвлекаться от печальных мыслей, забывать о болезни. Впечатлительность и внушаемость позволяют при лечении таких пациентов широко использовать психотерапию и плацебо-эффект.

Среди людей с демонстративными чертами преобладают женщины грацильного телосложения.

6.3.6. Гипертимические личности

Основные черты гипертимических* личностей — это *энергичность*, инициативность и выраженный *оптимизм*. Жизненные невзгоды практически не могут напугать или расстроить их. Они не чувствуют угрозы, уверены, что смогут найти удачный выход из любой ситуации. Поэтому они всегда пребывают в хорошем настроении. Они полны идей, охотно делятся свои-

* От греч. thymos — душа, жизненная сила.

ми мыслями с окружающими, пытаются привлечь их к сотрудничеству. К сожалению, им обычно не хватает организованности, поэтому начатое дело не всегда доводится до конца, выполнить свои обещания им часто мешают неожиданно возникшие идеи и заботы.

Гипертимические личности относятся к *экстравертам*. Они совершенно не могут работать и развлекаться в одиночестве. Их доброта и искренность в общении вызывают уважение окружающих, делают их приятными собеседниками. В компании они всегда находятся в центре внимания благодаря искрометному юмору, вообще они склонны доминировать везде и во всем. Удачный баланс первой и второй сигнальных систем позволяет им проявить смекалку. Они хорошо усваивают знания в школе и вузе, хотя у них обычно не хватает времени на выполнение домашнего задания. Инициативность и практичность позволяют им накопить богатый жизненный опыт за относительно короткий срок. В отличие от фантазий демонстративных личностей их рассказы о своей жизни лишь немного приукрашают, но в основном верно отражают действительность.

Жизнерадостность, чувство полноты жизни позволяют гипертимным людям искренне наслаждаться своим существованием (*гедонизм*). Они любят компании, вечеринки, но не терпят поверхностности в общении, не умеют скрывать раздражения, которое в них вызывает неискренность. Они любят вкусно поесть, охотно готовят сами и угощают других. Вообще им весьма свойствен альтруизм. Они любят помогать всем вокруг, часто откладывают собственные дела, если их просят о помощи. Сознание собственной силы позволяет им снисходительно и заботливо относиться к другим, опекать слабого. Они нередко проявляют щедрость, легко расстаются с деньгами, считая, что всегда смогут заработать, если понадобится. Жадность, эгоизм, мелочность других людей раздражают их, вызывают насмешку и сарказм. Они легко вступают в драку, защищая слабого или отстаивая свою честь. При этом они совершенно не злопамятны, напоминание о былой ссоре может вызвать у них искреннее удивление. Себя самих они оценивают исключительно хорошо, умеют на деле продемонстрировать свои способности, терпимо относятся к своим недостаткам или даже рассматривают их как достоинства.

Чрезвычайно тяжело данные люди переносят ситуации, когда их инициатива не находит поддержки у окружающих, когда начальство требует от них только исполнительности и организованности. Отсутствие перспектив вызывает в них подавленность и даже может стать причиной глубокой депрессии.

Гипертимный человек рано создает семью, так как не может жить в одиночестве. Он влюбчив, искренне привязан к

объекту желаний, тут же предлагает оформить брак, если видит, что это принесет радость его избраннику. Даже в браке он сохраняет заботливость, романтичность, сильное сексуальное желание. К сожалению, его любвеобилие может стать причиной супружеской измены, хотя он не всегда оценивает это как предательство. Вообще он предпочитает полигамные отношения, из-за этого его брак редко оказывается единственным в жизни. При этом он очень тепло отзывается о всех своих прежних связях, поддерживает отношения с бывшей супругой, заботится о детях.

Гипертимическая личность может проявить свой талант практически в любой профессии, но ей необходима возможность управлять другими. Если он не назначен официальным руководителем, то стремится стать неформальным лидером в коллективе. В качестве начальника он пользуется уважением и любовью, хотя подчиненные не всегда успевают следовать его указаниям, поскольку он может быстро менять направление своей работы. При этом он быстро теряет интерес к своим старым идеям, поскольку видит новые, более интересные перспективы. Он умеет наладить добрые отношения и с начальством; лишь иногда терпение подводит его и он может сорваться, быть раздраженным. Нечистоплотные люди могут воспользоваться его добротой, он не в состоянии последовательно следить за дисциплиной на предприятии.

Из врачебных специальностей он предпочитает деятельные отрасли (хирургию, травматологию, реаниматологию), охотно занимается преподаванием, научными исследованиями. Однако для того, чтобы научная работа была должным образом оформлена (защищена диссертациями), ему необходимо требовательное руководство. К больным такой врач относится внимательно, душевно, постоянно подбадривает их. Пациенты любят его, но часто жалуются, что он так занят, что не может уделить им достаточно времени («Все решает на ходу»).

В случае возникновения заболевания гипертимные люди долго не обращаются за помощью, замечают, что у них нет времени на болезнь, продолжают ходить на работу, считают, что «все обойдется само собой». В стационаре они чувствуют себя не в своей тарелке, не могут усидеть на месте, не выполняют постельный режим, просят их пораньше отпустить домой, продолжают общаться с коллегами, отдают распоряжения по телефону, пытаются помогать другим больным в палате, развлекают и подбадривают всех вокруг. Врачу следует предоставить таким пациентам бóльшую свободу (пользование мобильным телефоном, компьютером, разрешение посещений), привлечь их самих к проведению лечения, дать им задание, которое они могли бы выполнить сами. Любые ограничения и формализм медицинских работников вызывают в гипертимных людях негодование. Вместе с тем им свойственно

великодушие, поэтому даже после бурной ссоры они могут искренне простить обидчика и навсегда забыть о разногласиях.

Среди гипертимических личностей преобладают люди с пикническим телосложением.

6.3.7. Дистимические (гипотимные) личности

Основными чертами этих людей являются *пессимизм* и пассивность в сочетании с добротой и *душевностью*. Их настроение почти всегда печальное. Они скорее являются внимательными наблюдателями, чем деятелями. Проницательность позволяет им тонко чувствовать ситуацию, не только воспринимать, но и понимать действительность (баланс чувств и интеллекта). Однако они слишком часто склонны замечать темные стороны жизни, не верят в то, что можно изменить ситуацию в лучшую сторону, поэтому согласны «оставить все как есть». Новые удары судьбы воспринимаются ими как естественное продолжение их тяжелой судьбы, поэтому они стойко выносят невзгоды. В целом они довольно спокойны. Окружающих часто раздражают их непроницаемость, медлительность и мечтательность.

Спокойствие не означает для них равнодушие. Они внимательны к другим людям, склонны к искреннему сочувствию, не всегда могут подбодрить собеседника, но искренне *сочувствуют* ему. Они производят впечатление некоторой замкнутости, однако их нельзя назвать истинно интровертированными личностями, поскольку жизнь окружающих искренне интересует их. Они лишь боятся показаться назойливыми и неуместными, поэтому редко звонят своим друзьям, никогда не обращаются к ним за помощью. При этом у них, как правило, есть круг близких для них людей, к которым они испытывают самые теплые чувства, бывают благодарны им за заботу, любят принимать их у себя дома, охотно приезжают по приглашению в гости. Любят угощать и делать подарки.

Себя самих гипотимные люди оценивают исключительно низко, чужие похвалы считают подбадриванием и проявлением великодушия. Во всем подчеркивают достоинства и таланты других людей, щедры на комплименты. Им очень свойственны *альтруизм* и самоотверженность. Если для себя самих они не находят достаточно сил, то ради других людей готовы тратить свое время, могут поделиться своими весьма скромными средствами. К сожалению, окружающие часто пользуются их добротой, занимают у них деньги в долг, требуют от них заботы и ухода.

Семейная жизнь этих людей не всегда складывается счастливо. Они не привлекают к себе достаточного внимания, по-

этому долго остаются одинокими. Низкая самооценка не позволяет им претендовать на брак с ярким, привлекательным человеком. По отношению к людям, делающим им предложение, они испытывают благодарность и не могут отказать им. Они слишком доверчивы, поэтому часто становятся жертвой обмана, когда любовник оставляет их в самый ответственный момент жизни. Они стойко сносят удары судьбы, великодушно прощают обиды. Пьянство супруга, побои, грубость не мешают им любить избранника и заботиться о нем. Дети и внуки часто пользуются их добротой, требуют от них денег, которые им очень трудно заработать. Они чувствуют ответственность перед близким человеком, поэтому не могут бросить его или обидеть отказом, даже если чувства остыли и притупились.

Медлительность и низкая инициатива мешают гипотимным людям продемонстрировать свои таланты в профессиональной деятельности. Начальник должен обладать большой проницательностью, чтобы разглядеть их ум, самоотверженность, преданность делу. Поэтому эти люди редко делают хорошую карьеру. Однако их коллеги относятся к ним исключительно хорошо, сожалеют о незаслуженных обидах и неудачах, пытаются подбодрить их и помочь им. Гипотимные люди платят за это искренней благодарностью и преданностью. Они могут оставаться верны своему предприятию даже тогда, когда настал финансовый крах и все сотрудники разошлись, потеряв веру в спасение.

Альтруизм гипотимных личностей позволяет им быть чуткими и внимательными врачами. Медлительность и неверие в свои силы не позволяют им стать хирургами, зато они чувствуют себя неплохо в качестве участковых или семейных врачей. Начальство не всегда довольно их работой, поскольку они не успевают принять положенное по инструкциям количество больных, медлят с оформлением документации. Однако пациенты любят их за искренность и внимательность, умение посочувствовать, неформальное отношение к своим обязанностям. Некоторые нечистоплотные люди пользуются их добротой, забывая об оплате услуг, которые им оказываются.

При возникновении заболевания гипотимные люди могут долго не обращаться за помощью, боясь показаться назойливыми. После выявления серьезной болезни им нелегко бывает дать согласие на проведение операции и лечения. Они боятся, что деньги семьи будут напрасно потрачены на их лечение. Часто они не верят в возможность выздоровления и улучшения самочувствия. Свое здоровье они обычно оценивают как плохое, любую болезнь считают фатальной (*ипохондрия*), отказываются от выгодных предложений, считая, что болезненность не позволяет им претендовать на многое. Это определя-

ет малый успех реабилитационных мероприятий после перенесенной травмы или болезни. Чувствуя бесперспективность, они легко соглашаются на оформление инвалидности.

Среди гипотимных людей преобладают лица с пикническим телосложением.

6.3.8. Другие типы и сочетания описанных черт

В своих работах Леонгард выделял еще несколько типов акцентуаций, черты которых напоминают некоторые из описанных выше.

Отличительной чертой ***эмотивного*** (сенситивного) типа он считал мягкость, чувствительность, ранимость, сентиментальность. Это проявляется в склонности к слезам, искреннем сочувствии к горю ближнего. Известия о чужих бедах производят на этих людей такое сильное впечатление, что они теряют сон, впадают в уныние. Они совершенно непрактичны, немного инфантильны. Их чувствительность особенно ярко проявляется в любви к природе, животным и растениям. В какой-то мере черты сенситивности присущи демонстративным, педантичным и дистимическим личностям.

Циклотимный тип характеризуется беспричинными сменами настроения от подавленности до приподнятости. Этому часто сопутствуют пикническая конституция, альтруизм и душевность. В разное время такой человек может вести себя либо как гипертимный, либо как гипотимный.

Тревожные личности отличаются боязливостью, робостью, необоснованными страхами. Они боятся незнакомых людей, темноты, высоты, одиночества, шумных компаний, болезней, грязи, покойников и пр. Это делает их мишенью для шуток. Описанные черты часто наблюдаются у детей и редко сохраняются у взрослых. Черты тревожности можно наблюдать у педантичных людей.

Экзальтированный (лабильный) тип отличается склонностью к восхищению, бурному выражению радости и печали. Такие люди склонны к панике, очень лабильны. Преобладание первой сигнальной системы делает их похожими на демонстративных, однако они отличаются большей искренностью и альтруистичностью. Это сближает данный тип с сенситивными и циклотимными личностями.

В работах отечественного психиатра А. Е. Личко (1926—1996), помимо описанных выше, выделяется также ***астеноневротический*** тип. Такие люди с детства отличаются слабой физической подготовкой, утомляемостью, низкой устойчивостью по отношению к стрессу и нагрузкам. В детстве они постоянно находятся под опекой родителей, которые замечают, что их слабое здоровье не позволяет им много и упорно заниматься.

Они избегают активных игр, долгое чтение также вызывает у них усталость и головную боль, замечания окружающих могут спровоцировать слезы и вспышки раздражения. В подростковом возрасте они, копируя сверстников, пытаются принимать алкоголь и курить, но находят, что плохо переносят «такие сильные средства», поэтому в дальнейшем воздерживаются от этого. У них не хватает сил на танцы, они хотят спать, поэтому не могут продолжать веселье в ночное время. Годы обучения в вузе даются им тяжело, они постоянно не высыпаются, слишком устают, чтобы заниматься в вечернее время. Низкая работоспособность не позволяет им достигнуть большого успеха в жизни. Вместе с тем их искренность и чистосердечие вызывают сочувствие, окружающие жалеют их, не держат на них зла.

Описывают также ***неустойчивый*** (безвольный, асоциальный) тип, однако грубые расстройства поведения таких личностей, склонность к асоциальным поступкам, бессовестность, лживость указывают на их явно патологический характер (психопатия).

В психоаналитической литературе также описываются нарциссические и пассивно-агрессивные личности. *Нарциссизм* (самовлюбленность), на наш взгляд, свойствен демонстративным людям, он также может проявляться у других эгоцентрических типов (возбудимого, застревающего), иногда у гипертимических личностей. *Пассивно-агрессивная* позиция проявляется в том, что человек выражает свое сопротивление путем бездействия: например, не уступает место в транспорте, продолжает курить, несмотря на появление в комнате посторонних, продолжает спокойно пить чай, хотя его ждут посетители. Такое манипулятивное поведение иногда наблюдается у демонстративных, застревающих и интровертированных личностей, его асоциальная направленность также сближает данный тип с психопатиями.

В реальной практике мы наблюдаем как примеры чистых типов, так и их ***сочетания***. Однако не все возможные сочетания возникают одинаково часто. Так, эгоцентрические и альтруистические черты обычно не могут наблюдаться у одной и той же личности, поэтому мы обычно не встречаем сочетания педантизма с демонстративностью или возбудимостью. А вот застреваемость, возбудимость и демонстративность могут наблюдаться в самых различных сочетаниях. Так, комбинация застреваемости (торпидности) и возбудимости (взрывчатости) обозначается как *эпилептоидный характер*. Комбинация черт демонстративности и застреваемости, с одной стороны, усиливает эгоцентризм человека, а с другой стороны, повышает его продуктивность, целеустремленность, помогает достигнуть успеха в карьерном росте, часто за счет притеснения других. Педантические черты довольно часто сочетаются с интровер-

сией или дистимичностью, в этом случае люди избегают контактов с окружающими, проявляют низкую самооценку. Возможно сочетание гипертимности с застреваемостью или возбудимостью; такие люди хотя и активны, но в отличие от чисто гипертимных лишены обаяния, слишком самолюбивы и эгоистичны.

Мы считаем, что умение правильно оценивать личностные особенности пациента очень полезно для врача любого профиля. В следующих главах мы постараемся проследить различия в поведении пациентов с различными типами личности в условиях стресса и болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика.— М., 1933.

Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем.— Киев: Вища школа, 1981.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1977.

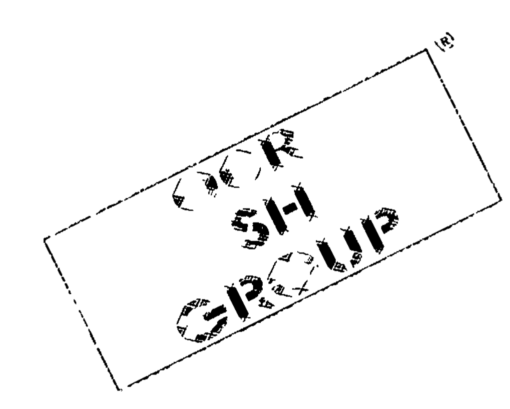
Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: Пер. с англ.— М.: Аспект-Пресс, 2001.

Психология и психоанализ характера: Хрестоматия / Под ред. Д. Я. Райгородского.— Самара: Издательский дом «Бахрах», 1998.

Соколова Е. Т., Чечельницкая Е. П. Психология нарциссизма: Учеб. пособие для студентов факультетов психологии.— М.: Уч.-метод. коллектор «Психология», 2001.

Феофраст. Характеры. Репринтное издание / Пер. и примечания Г. А. Стратановского. (Серия «Литературные памятники»).— М.: Науч. -изд. центр «Ладомир», 1993.

Холмс Дж. Нарциссизм.— М.: ООО «Издательство Проспект», 2002.



Глава 7 СФЕРА ПОТРЕБНОСТЕЙ И ИЕРАРХИЯ МОТИВОВ

Что заставляет человека действовать? Движут ли людьми одни и те же желания или набор ведущих потребностей уникален для каждого человека? Как соотносятся потребности между собой, какие из них доминируют в случае, когда одно желание мешает удовлетворению другого? Ответы на эти вопросы чрезвычайно важны для понимания и предвидения поступков других людей. Анализ мотивационной сферы позволяет также понять, почему человек испытывает неудовлетворенность, которая становится источником страданий и дезадаптации. Неверное восприятие чужих потребностей ведет к непониманию и мешает сотрудничеству. Так, врач может не понимать, чем недоволен больной, поскольку, с его точки зрения, проведенное лечение было успешным. Больной может отказываться от предложенного ему обследования, потому что не понимает, почему врач настаивает на этом. Медсестра может быть возмущена требованиями врача, потому что ошибочно объясняет его поступки корыстными стремлениями.

7.1. Ведущие потребности человека

Среди психологов не существует единой точки зрения относительно того, какие из потребностей человека следует считать основными. Взаимоотношения влечений, эмоций, потребностей, мотивов и деятельности рассматриваются по-разному каждой из основных школ психологии.

С точки зрения физиологов и психологов **бихевиорального направления**, для начала деятельности необходим внешний или внутренний *стимул.* Такой стимул нарушает предшествующее состояние равновесия (*гомеостаза*). Именно нарушение гомеостаза становится причиной начала действий человека, который стремится вернуться к равновесию. Наиболее подробно механизм поддержания равновесия был проанализирован в *теории «функциональных систем мозга»* П. К. Анохина (1898—1974). При совершении сложных психологических актов человек имеет возможность с помощью мышления и сознания сформировать план действий, каждый шаг которого направлен на получение определенного промежуточного результата. Сравнение промежуточных и окончательных результатов с имеющимся в сознании образом позволяет направлять действия человека, корректировать план в случае ошибок. При всей стройности эта теория не может объяснить многих поступков человека, которые направлены на опасность, угрозу

нарушения гомеостаза. Показано, что в условиях отсутствия стимулов (сенсорная изоляция) мыслительная деятельность мозга активно продолжается, возникают яркие воспоминания и фантазии.

Американский бихевиорист Б. Ф. Скиннер несколько по-другому трактовал причины поведения человека и животных. Наряду с поступками, направленными на получение определенного эффекта (результата), он описывал *оперантное поведение*, которое является проявлением внутренней активности, бодрствования без ожидания какого-либо определенного результата. Так, сытая собака часто просто бежит, нюхает; птица перелетает с ветки на ветку; маленький ребенок без особой цели трогает предметы, лепечет; взрослый раскачивает ногой, чертит карандашом по бумаге, напевает песенку сам себе, гуляет по улице без определенного плана. Некоторые из этих бессмысленных действий могут быть неожиданно вознаграждены (гуляя, можно набрести на интересный магазин, случайно познакомиться с интересным человеком, найти потерянные кем-то деньги). Хотя эти действия были начаты без учета возможных последствий, но повторное вознаграждение заставляет нас вновь и вновь повторять то, что приносит удовольствие. Некоторые из психологов рассматривают *поисковую активность* (стремление к нецеленаправленной исследовательской деятельности) как одну из базовых потребностей человека [Ротенберг В. С., Аршавский В. В., 1984].

В экспериментах на животных многократно была показана возможность формирования поведения путем условного подкрепления и наказания. Однако есть много свидетельств того, что поведение человека не всегда напрямую обусловлено поощрением. Так, знаменитый голландский живописец Ван-Гог до конца жизни продолжал упорную работу над картинами, несмотря на то, что их никто не покупал, многие осмеивали его метод творчества. За всю его жизнь не было продано ни одной работы, кроме нескольких полотен, приобретенных его ближайшими друзьями. Врачи, которые получали в подарок его картины, не решаясь вывесить их в своих домах, прятали их в чуланах. Наблюдение за детьми, занимающимися рисованием и лепкой, также показывает, что они часто теряют интерес к работе, если им предлагают вознаграждение за их творчество.

Ученые **психоаналитического направления** в организации поведения человека главенствующую роль отводили внутренним психическим силам. С точки зрения Фрейда, главной среди этих сил является *либидо* (сексуальное влечение). Другими важными потребностями человека он считал стремление к *агрессии* и *смерти*. Все другие декларируемые людьми цели поведения он считал вторичными, основанными на сексуальной неудовлетворенности или на стремлении к саморазрушению.

Хотя психоаналитическая концепция решительно отличается от основных постулатов бихевиористов, в понимании причин поведения мы находим в этих теориях много общего. Ведь идея Фрейда тоже состоит в том, что человек действует ради компенсации нарушений внутреннего баланса (психологического гомеостаза), т. е. сексуальная неудовлетворенность приводит к росту напряжения, а поведение человека прямо или косвенно направлено на *снижение (редукцию)* этого *напряжения*.

Большинство последователей Фрейда, анализируя мотивы поведения человека, отводили сексуальному влечению более скромную роль. Так, Карен Хорни на первый план ставила не биологические, а социальные потребности: в любви и одобрении, в силе, в личных достижениях, в эксплуатации других, в поддержании престижа, в независимости, в порядке и неуязвимости, в заботе со стороны близкого человека и пр. Гарри С. Салливен сократил список основных потребностей до четырех: он считал, что человеку в первую очередь нужны нежность, безопасность, интимность (близость), общение с равными (ровесниками).

Среди психологов **психодинамического направления** наиболее подробный анализ потребностей провел известный американский психолог Генри А. Мюррей (1893—1988). Он не только составил подробный перечень базовых потребностей человека (табл. 7.1), но предложил несколько способов их классификации. Он утверждал, что есть потребности, которые инициируются внешним воздействием (реактивные), и те, которые возникают изнутри, на основании чего-то происходящего в самой личности (проактивные), Кроме того, он различал потребности эффектные, модальные и процессуальную активность. *Эффектные потребности* предполагают, что их удовлетворение может быть достигнуто только при получении определенного конечного результата (еда, безопасность, власть, порядок). *Процессуальная активность* соответствует понятию оперантного поведения Скиннера, т. е. она бесцельна (делание ради делания). *Модальные потребности* удовлетворяются не за счет результата, а за счет высокого качества самого действия. Например, нас радуют отточенность движений в танце, ловкость в спортивных упражнениях (даже если мы делаем их без особого состязания с другими), умение быстро и красиво наложить повязку, быстро и точно ввести иглу в вену.

Мюррей также придерживался идеи о том, что поведение нацелено на *редукцию напряжения*, однако он соглашался с тем, что иногда человек намеренно увеличивает степень напряжения (например, он просматривает пугающие фильмы или катается на аттракционах) для того, чтобы пережить большее удовольствие от последующего расслабления. Важно отметить, что в отличие от концепции Фрейда, в которой базовые потребности каждого человека решительным образом рас-

ходятся с интересами общества, Мюррей включает в список потребностей некоторые альтруистические (желание опекать), однако все же основное место в его системе занимают эгоистические интересы.

Таблица 7.1. Иллюстрированный перечень потребностей по Г. А. Мюррею (1938)

Потребность	Объяснение
Принижать себя	Желать быть «ниже» кого-либо, подчиняться, унижаться, признавать свои заблуждения, ошибки, поражения, искать боли, наказания, болезни, несчастья и радоваться им
Достигать успеха	Выполнять нечто трудное, преодолевать препятствия и добиваться высоких показателей, совершенствоваться, делать это по возможности быстро и самостоятельно
Искать общения — аффилиации	Тесно контактировать и взаимодействовать с близкими, доставлять удовольствие людям и завоевывать их привязанность, оставаться верным в дружбе
Проявлять агрессию	Силой преодолевать противостояние, сражаться, мстить за обиды, нападать, оскорблять, убивать, противостоять насилием или наказывать
Сохранять автономию — независимость	Сопротивляться принуждению, освобождаться от уз и ограничений, быть независимым и действовать соответственно своим побуждениям, ни за что не отвечать, пренебрегать условностями
Противодействовать	Искать препятствия и трудности, преодолевать их, уважать себя и гордиться собой, смывать позор действием
Уважать, восхищаться	Желание признавать превосходство других, восхвалять, воздавать почести, превозносить, иметь пример для подражания
Защищаться	Защищаться от нападений, критики, обвинений, замалчивать или оправдывать ошибки, неудачи, унижения
Доминировать, господствовать	Влиять или направлять поведение других запретом, внушением, соблазном, убеждением, указанием
Демонстрировать себя	Производить впечатление, возбуждать, удивлять, очаровывать, развлекать, шокировать, заинтриговывать, забавлять, эксгибиционизм
Избегать вреда, ущерба	Избегать боли, ран, болезней, смерти, опасных ситуаций, принимать предупредительные меры
Избегать позора и унижения	Уходить от затруднений и ответственности, избегать ситуаций, в которых возможны унижение, презрение, насмешка, воздерживаться от действий из боязни неудачи

Потребность	Объяснение
Заботиться, опекать	Проявлять сочувствие, помогать беззащитным, кормить, поддерживать, утешать, защищать, лечить их
Поддерживать порядок	Приводить все в порядок, добиваться чистоты, организованности, равновесия, опрятности, аккуратности, точности
Играть	Действовать «забавы ради», смеяться, шутить, после стресса искать расслабления в удовольствиях
Отвергать, отталкивать	Избавляться, отказываться, изгонять или игнорировать неприятного, нижестоящего или нежелательного человека
Чувствовать	Испытывать ощущения, искать новых впечатлений и радоваться им
Удовлетворять сексуальное влечение	Создавать и развивать эротические взаимоотношения, иметь сексуальные контакты
Получать помощь и поддержку	Иметь рядом того, кто окажет поддержку, быть тем, кого опекают, окружают заботой, защищают, любят, кому дают советы, кем руководят, кого прощают, утешают
Понимать	Размышлять, формулировать, анализировать, обобщать

Психологи **когнитивного направления** считают, что поведение человека основано не столько на влечениях, сколько на его теоретическом представлении о результатах его поступков. При этом не имеет значения, верна или неверна существующая в голове человека концепция относительно эффекта его действий: ведь он начинает действовать в расчете на предполагаемый результат и меняет свою концепцию, только когда видит, что прогноз не оправдался. Данная точка зрения особенно интересна тем, что она подчеркивает, что часто человеком управляет не его прошлый опыт, а его мысли, направленные в будущее.

В когнитивной концепции поведения явно не хватает эмоционального компонента. Большинство психологов замечают, что поступки людей определяются не столько потребностями, сколько эмоциями, которые возникают в случае удовлетворения или блокады каждой из потребностей (например, страхом, скукой, гордостью, стыдом). Часто мы действуем вопреки логике, признавая, что наше поведение может нанести нам конкретный урон, но при этом нам тяжело поступать против совести, преодолевать ни на чем не основанную неприязнь, участвовать в мероприятии, которое вызывает у нас скуку. Иногда эмоции заставляют нас действовать так, что это нару-

шает наш гомеостаз. Так, при сахарном диабете больные часто испытывают такой голод, что они принимают пищу, несмотря на избыток глюкозы в крови. При нервной анорексии, наоборот, больные отказываются от еды, хотя они испытывают угрожающий жизни недостаток питательных веществ. Больные алкоголизмом вновь и вновь употребляют спиртное несмотря на то, что замечают опасные для здоровья последствия. Искусственное чувство удовлетворенности, которое возникает на фоне приема опия, приводит к тому, что человек не хочет больше ничего в жизни, кроме наркотических средств.

Особое внимание к исследованию мотивационной сферы проявили сторонники **гуманистического направления**. Взгляды гуманистов во многом противоположны точке зрения психоаналитиков. Если Фрейд считал, что все величайшие достижения человечества были сделаны во имя удовлетворения низших его потребностей, то К. Роджерс и А. Маслоу подчеркивали, что удовлетворение творческих потребностей, жажды знаний, возможность реализовать свой потенциал приносят людям гораздо больше удовольствия, чем простое преодоление голода и сексуальная разрядка. С их точки зрения, каждый человек мог бы стремиться к самореализации, если бы низшие его потребности были достаточно удовлетворены, поэтому сексуальная неудовлетворенность, голод, чувство опасности не подталкивают человека к творчеству, а отвлекают его, заставляют тратить время на земные заботы.

Таким образом, удовлетворение физиологических потребностей — это не основная цель жизни человека, а необходимый базис для его самосовершенствования и движения вперед. В соответствии с этой концепцией А. Маслоу разработал иерархическую модель потребностей (рис. 7.1), в которой удовлетворение низших потребностей создает условия для появления новых интересов, запросов, рождает более высокие мотивы. Бедность, войны, социальные конфликты, профессиональная конкуренция, одиночество приводят к тому, что большинство людей не могут удовлетворить свои базовые потребности, поэтому путь к самоактуализации для них слишком труден. Маслоу предполагал, что физиологические потребности удовлетворены примерно у 85 % людей, потребность в безопасности — у 70 %, в любви и привязанности — у 50 %, в уважении — у 40 % и в самоактуализации — у 10 %.

Особенно четко мы наблюдаем иерархию потребностей, прослеживая развитие человека. Так, младенец не имеет никаких потребностей, кроме физиологических, он не чувствует опасности, не различает любящих и не любящих его людей. Однолетний ребенок испытывает тревогу, когда остается без матери, просит защитить его от опасности. В детском саду у ребенка формируется потребность в дружбе и привязанности, а в школе он начинает стремиться к уважению его личности,



Рис. 7.1. Иерархическая пирамида потребностей по А. Маслоу.

признанию его заслуг. Взрослый человек стремится реализовать себя в карьере.

Хотя общая идея гуманистов в основном не вызывает возражения и подтверждается на практике, в каждом отдельном случае мы часто сталкиваемся с поступками людей, направленными на высшие их интересы, притом что низшие потребности их остаются без удовлетворения. Так, во время войны герои во имя высших идей пренебрегают опасностью, терпят муки, боль, лишения. В творческом порыве художник и писатель забывают о еде. Врач, рискуя жизнью, испытывает на себе созданную им вакцину. Таким образом, для прогнозирования поведения человека важно не только выяснить основные его потребности, но также оценить силу воли. В о л я организует деятельность, регулирует удовлетворение потребностей таким образом, что человек удерживает себя от поступков, которые недопустимы в данных условиях, и направляет максимум сил на преодоление всех препятствий, которые возникают на пути к самореализации.

В российской психологии популярна классификация потребностей П. В. Симонова. Как и многие другие ученые, он выделяет биологические, социальные и идеальные (духовные) потребности. Особенностью его классификации является разделение социальных и биологических потребностей на две ветви — потребности ***«для себя» (эгоцентрические)*** и потребности ***«для других» (общественные и альтруистические)***. Примером потребностей «для других» в животном мире являются родительский инстинкт, групповая забота о молодняке, у человека — забота о близких, родных, членах семьи, об их благо-

получии. Социальные потребности «для себя» представлены борьбой за свои права, стремлением к карьерному росту. Под влиянием социальных потребностей «для других» человек заботится о справедливости по отношению к другим людям. Когда человек занят удовлетворением потребности «для себя», он склонен видеть в другом человеке врага или конкурента. Потребности «для других» предполагают видение в другом друга, соратника, помощника. Наблюдения показывают, что альтруистическое и общественное поведение не является исключительной особенностью человека — взаимопомощь, совместная деятельность характерны для многих видов общественных животных. Эгоцентрические потребности во многих случаях так же важны для адаптации человека, как и альтруистические; их игнорирование ведет к пониженной самооценке, отказу от собственного мнения, неспособности защитить свои интересы.

Другая интересная идея П. В. Симонова состоит в разделении всех потребностей на две группы: потребности сохранения (нужды) и потребности развития (роста). Сходные идеи были также высказаны несколько ранее К. Гольдштейном и А. Маслоу. Удовлетворение ***потребностей нужды*** необходимо для избавления от отрицательных эмоций: голода, тревоги, сексуальной неудовлетворенности, страха наказания. Способы удовлетворения этих потребностей часто бывают оговорены в процессе общественного воспитания («держи вилку в левой руке, а нож — в правой», «переходи улицу на зеленый свет», «для собственной безопасности следует пользоваться презервативом»). Удовлетворение ***потребностей роста*** происходит ради получения положительных эмоций в будущем. Для их удовлетворения необходимо преодолеть некоторое ущемление потребностей нужды, это бывает трудно осуществить без участия сильной воли. Так, врач, ищущий новые способы лечения, часто должен преодолевать неодобрение начальства, недовольство семьи, собственный страх ошибиться. Однако и отказ от духовного роста и развития также вызывает чувство скуки, монотонности, раздумья о бессмысленности жизни. Это может стать причиной синдрома «эмоционального выгорания» (см. раздел 14.5).

Каким образом в процессе развития человека формируются высшие духовные потребности? Сходное мнение по этому вопросу высказывали российский психолог А. Н. Леонтьев (феномен «сдвига мотива на цель») и американец Г. У. Оллпорт (концепция «функциональной автономии»). Они заметили, что многие увлечения взрослого человека появились в процессе его деятельности по удовлетворению низших потребностей. Так, девушка, вступившая в брак и вынужденная кормить мужа, в процессе такой работы может заинтересоваться кулинарией, уделять больше внимания чтению соответствую-

щей литературы, проявить интерес к изготовлению «здоровой пищи». Врач-хирург, столкнувшийся в своей практике со случаем истерических болей и самоповреждений, может заинтересоваться психологией, т. е. некоторые виды деятельности из *инструмента* («Знать, чтобы вылечить больного») превращаются в *цель* («Знать, потому что интересно»).

Таким образом, в психологической литературе можно найти описание огромного количества различных потребностей человека. Не существует единого взгляда на то, какие из нужд следует считать наиважнейшими для человека. С нашей точки зрения, описанные противоречия можно объяснить тем, что система мотивов не является общей для всех людей, а составляет особенность каждого индивида в отдельности.

Для каждого человека существует своя собственная внутренняя иерархия потребностей, которая вместе с доминирующими эмоциями и особенностями воли составляет уникальный образ, определяющий его личность.

Личные иерархии потребностей отличаются друг от друга не только тем, какие именно стремления занимают в них доминирующее или подчиненное положение, но также тем, насколько точно определены места конкурирующих потребностей в иерархической пирамиде. У человека с жестко разработанной системой потребностей обычно не возникает сомнений относительно того, какое действие следует предпринять в первую очередь, чем можно пренебречь, без чего никак нельзя обойтись. Если же система ценностей слишком рыхлая, неоформленная, то любое решение дается с трудом, у такого человека постоянно возникают внутренние конфликты, неуверенность в своей правоте, сожаление по поводу, возможно, неверно принятого решения.

Потребности, которые определяют большинство поступков человека, удовлетворение которых занимает наибольшее количество времени, называют ***доминирующими***. Доминирующие потребности считают важной чертой личности, они выражаются в преобладающих интересах и склонностях. Однако в определенные моменты жизни некоторые нужды человека переживаются настолько остро, что все остальные его мотивы отступают на второй план. Такие потребности мы называем ***актуальными*** (или актуализировавшимися). Определение доминирующих и актуальных потребностей особенно важно для достижения взаимопонимания с людьми, пренебрежительное отношение к ним недопустимо. Отмечают, что люди легко прощают нам некоторые неудобства, которые мы невольно создаем друг другу, однако ущемление доминирующих и актуальных потребностей вызывает такие сильные переживания, что это становится причиной серьезных страданий, ухудшения физического здоровья и открытых конфликтов между людьми.

7.2. Мотивы участников лечебного процесса

На первый взгляд, мотивы больного, врача, медицинской сестры определяются их социальными ролями и сложившейся ситуацией. Так, основным мотивом пациента должно быть стремление к физиологическому комфорту, т. е. избавление от боли, внутреннего напряжения, удушья и пр. Некоторые опасные заболевания вначале не проявляются болью, но даже в этом случае больной нуждается в обеспечении *безопасности*. Врач и медсестра, спасая человека от болезни, вероятно, руководствуются альтруистическими мотивами, стремлением *помогать, опекать*.

Однако психологический анализ позволяет разглядеть в поступках участников лечебного процесса и много скрытых мотивов. Одни и те же действия могут совершать люди, руководствующиеся несхожими целями. Например, врач отказывает больному в его просьбе пойти домой в выходные дни. Какими мотивами он руководствуется? Можно предположить, что его беспокоит тяжесть состояния больного и он подчиняется альтруистическому желанию оградить пациента от возможных осложнений. Однако также может быть, что он делает это потому, что стремится к порядку, поэтому четко выполняет распоряжение администрации о запрете отпусков на время эпидемии гриппа. Наконец, возможно, он хочет удовлетворить свою потребность в доминировании, демонстрируя больному свою власть.

Мы хотели бы привести примеры проявления самых различных потребностей в поведении больных и медицинских работников.

Потребность в переживаниях (игре, новых впечатлениях) выражается чувством скуки. Оно возникает в условиях монотонной, однообразной деятельности. Врач часто начинает испытывать скуку во время профилактического осмотра, когда посетители один за другим сообщают ему одни и те же несущественные факты, заявляют, что не имеют выраженных жалоб. Все это резко снижает заинтересованность врача, становится причиной диагностических ошибок. Пациенты часто испытывают скуку во время длительного лечения, особенно в условиях изоляции (пребывание в туберкулезном или наркологическом стационаре, в карантине). Особенно тяжело отсутствие новых впечатлений переживают люди с демонстративными, возбудимыми и гипертимными чертами. Вынужденные сидеть дома (например, ухаживая за больным ребенком), они не находят себе места, начинают сами чувствовать себя больными. Потребность в переживаниях часто заставляет таких людей участвовать в опасных мероприятиях (драках, туристических походах, ночных вечеринках), принимать алкоголь и наркотики, убегать из больницы через окно. Все это становит-

ся причиной травм, распространения инфекций, формирования болезней зависимости.

Стремление к общению (аффилиации) сопровождается чувством одиночества. Обычно для человека важно не просто поделиться своим мнением с другими, но испытывать взаимную заинтересованность, нужду друг в друге (*симбиотическая потребность*). Особенно ярко эта потребность проявляется у пожилых людей, уволенных на пенсию и потерявших супруга. Врач, работающий в поликлинике, часто замечает, что такие пациенты регулярно приходят на прием, хотя никаких существенных изменений в их состоянии не происходит. Они очень ценят, если врач подчеркивает свое особенное к ним отношение, часто они выражают свою привязанность небольшими подарками, которые изготавливают своими руками. Особенно нуждаются в глубоком душевном общении люди циклоидной конституции (гипертимные или гипотимные). Для демонстративных важно не общение само по себе, а возможность показать всем свою необычность (*потребность в эксгибиции*). Это может приводить к ярким жалобам, фантазиям или даже к откровенной симуляции. Поскольку в данном случае пациент не стремится к избавлению от страданий, традиционное лечение обычно не дает никакого эффекта.

Удовлетворение ***потребности в доминировании*** проявляется чувством превосходства. Врач может удовлетворять эту потребность, выражая несогласие с точкой зрения больного, отдавая строгие распоряжения, жестко наказывая за невыполнение своих требований. Отказ в помощи больному, нарушившему режим, письменный выговор медсестре часто указывают на стремление доминировать. Другой способ достичь превосходства — это выражаться так научно и непонятно, чтобы слушатель почувствовал свою необразованность. Больной также может попытаться доминировать в общении с врачом, тогда он показывает свою осведомленность в методах лечения болезни, подчеркивает неспособность врача предложить что-либо, чего он не знает или не пробовал. Любые попытки вылечить такого пациента не приводят к успеху, поскольку он получает удовольствие от того, что наблюдает беспомощность врача. Особенно склонны к доминированию застревающие люди.

Потребность в понимании (структурировании ситуации) проявляется чувством растерянности. Многие больные испытывают растерянность при возникновении у них острого заболевания. Врач не всегда может развеять их тревогу, поскольку он не имеет достаточной информации до тех пор, пока не проведет необходимого обследования. Кроме того, врач не желает сообщать пациенту о своих серьезных подозрениях, пока не убедится в своей правоте. Сухие замечания медицинских работников «ждите результатов обследования» только

усиливают переживания пациентов. Правильнее дать больному какие-либо логичные пояснения, рассказать, какова цель обследования, предупредить о возможной необходимости операции, подчеркнуть свою уверенность в правильности выбранной тактики. Особенно тяжело переносят отсутствие информации больные с преобладанием второй сигнальной системы (педантичные, застревающие).

Ущемление ***потребности в постоянстве образа Я*** вызывает у человека чувство вины, утраты собственного достоинства, муки совести. Такие переживания возникают каждый раз, когда обстоятельства заставляют человека «поступиться принципами». Эти чувства могут мешать врачу принимать денежные подарки от пациентов, хотя его заработная плата не позволяет ему обеспечить семью. Серьезные страдания у подчиненных могут вызвать требования начальника «подтасовать» статистическую или научную информацию, выдать больничный лист заведомо здоровому. Чувство собственного достоинства может заставить человека уволиться с предприятия, несмотря на предлагаемую ему высокую заработную плату. Часто нечистая совесть становится причиной злоупотребления алкоголем. Особенно актуальна данная потребность для людей педантичного склада.

Стремление к покровительству (опеке) довольно важно для медицинского работника. Беспомощность некоторых больных помогает врачам и медсестрам проявить заботу, сочувствие, самоотверженность. Однако в некоторых случаях избыточная опека лишь подчеркивает неспособность больного решить свои проблемы. Врач, проявляющий жалость, может, не замечая того, унижать больного, поощрять его беспомощность и бездействие. В последние годы в психиатрии большое внимание уделяется проблеме *стигматизации*, т. е. навешивания ярлыков, притеснения больных. Чаще всего дискриминацию психически больных осуществляют непрофессионалы, однако и врачи своим покровительственным тоном, фамильярным обращением к пациентам по имени подчеркивают их слабость, некомпетентность. При проведении реабилитационных мероприятий важно обращать внимание на способность человека жить и обслуживать себя самостоятельно. Излишняя предупредительность, щепетильность в этом случае только вредят делу. Особенно склонны к покровительству педантичные и циклоидные (гипертимные и гипотимные) люди.

В большинстве случаев люди нуждаются в ***положительной самооценке***. Это выражается в том, что и врач, и больной, совершив ошибку или просчет, стремятся найти оправдания своим действиям, переложить вину за произошедшее на кого-либо другого или объяснить плохой исход неудачными обстоятельствами, волей случая. В принципе поддержание положительной самооценки важно для того, чтобы сохранить спо-

койствие, работоспособность, заинтересованность в успехе. Однако отказ от признания своей вины приводит к повторным ошибкам, лишает человека желания совершенствовать свои способности и развивать в себе лучшие качества. В некоторых случаях мы наблюдаем актуализацию противоположной потребности — ***желания принижать себя***. Особенно ярко это проявляется в состоянии депрессии. Нередко такое стремление наблюдается у людей, которые чувствуют свою ответственность за возникшую болезнь.

Больной 53 лет, заместитель главного инженера крупного авиационного предприятия, поступил в наркологическое отделение для купирования запоя. Страдает хроническим алкоголизмом около 18 лет, однако после предшествующих курсов лечения наблюдались длительные периоды ремиссий (до 4 лет). Настоящий запой возник около 2 нед назад, после того как на встрече с бывшими однокурсниками выпил немного вина. Чувствовал вину перед женой и детьми, охотно согласился на лечение. В стационаре первые дни на фоне тяжелой абстиненции чувствовал себя плохо. На пятый день обратился к врачу с просьбой разрешить ему подметать улицу вместе с другими больными. На удивленный вопрос врача ответил: «Честно говоря, хочется какого-то наказания и унижения...».

Проявлением ***потребности принадлежать к группе*** считают стремление людей разделять окружающих на «своих» и «чужих». При этом «свои» обычно оцениваются положительно, а «чужие» — отрицательно. Признаком наличия у людей такой потребности бывает радость при встрече незнакомого земляка, человека, окончившего тот же вуз, болельщика той же футбольной команды. Другим проявлением группировочной потребности можно считать сплетни сотрудников одного отделения о недостатках в работе другого или общее недовольство подчиненных новым начальником. С этой же потребностью связаны переживания человека, попавшего в палату, где пациенты долго находятся вместе и все уже знают друг друга. Отношение к «новичку» в этом случае осторожное, может быть, вежливое, но немного формальное. У некоторых людей может преобладать противоположная потребность — ***стремление к автономии*** (дистанцированию). Их раздражают мелочные сплетни, разговоры о быте, поверхностные суждения сотрудников и членов семьи. Они высказывают раздражение, когда их просят принять участие в общественной акции, подписать совместные требования об улучшении условий труда, поддержать кого-либо в споре. К автономии особенно стремятся интровертированные и педантичные личности.

Стремление к порядку (завершенности) проявляется аккуратностью и педантичностью. Известный российский психолог Б. В. Зейгарник (1900—1988) заметила, что незавершенные действия особенно долго остаются в памяти человека, вызывают больше беспокойства и напряжения. Излишнее

стремление к порядку может сильно замедлять работу, а иногда действительно мешает ее завершению. Стремление к завершенности (перфекционизм) довольно характерен для тревожно-мнительных (педантичных) личностей. Врач и медсестра, обладающие такими качествами, работают аккуратно, но медленно, часто просят отложить завершение работы, так как хотели бы «все проверить», «навести лоск». Больной, стремящийся к завершенности, может отказываться обратиться к врачу, пока полностью не выполнит прежние его предписания или пока не закончит необходимую работу на производстве.

Стремление достигнуть успеха вознаграждается чувством торжества, победы. Эта потребность относится к группе потребностей роста. Такое стремление может сочетаться с жаждой признания, но часто существует и само по себе. Удовлетворенность художника при созерцании своей новой картины; радость хозяйки, пробующей испеченный ею пирог; самодовольство врача, наблюдающего выздоровление его пациента,— все это примеры удовлетворения потребности в успехе. Особенно нуждаются в успехе застревающие, гипертимные и возбудимые личности. Во имя победы они могут участвовать в сомнительном мероприятии, не задумываясь о последствиях, испытывать новую методику лечения. Для тревожно-мнительных (педантичных) людей гораздо важнее *желание избежать неудачи*. Они готовы отказаться от любого, даже очень заманчивого предложения, если оно может привести к поражению. Такая осторожность бывает причиной отказа от операции или химиотерапевтического лечения.

Потребность ***соответствовать общественной норме*** проявляется стремлением носить одежду, соответствующую ситуации и моде, вести себя определенным образом в общественных местах. Несоответствие общественной норме человек переживает через чувство стыда. Данная потребность проявляется нежеланием появляться перед окружающими в обнаженном виде, стремлением приобрести автомобиль и одежду, соответствующие социальному положению человека. Врач часто чувствует себя не в своей тарелке, если пациенты пытаются беседовать с ним до того, как он наденет белый халат. В разных ситуациях допустимыми считаются порой диаметрально противоположные поступки. Форма одежды для вечеринки и для врачебного приема существенно различаются. Студент-медик часто вынужден менять свои привычки в одежде и прическе после того, как он закончит обучение и займется собственной практикой. Особенно стремятся к соответствию общественной норме застревающие и педантичные люди. Интровертированные, гипертимные и демонстративные личности, напротив, нередко пренебрегают условностями.

Таким образом, мы видим, что доминирующие и актуальные потребности в большей степени определяются типом

Таблица 7.2. Связь доминирующих потребностей с типом акцентуации личности

Тип акцентуации	Доминирующие потребности
Интровертированный	В автономии, в постоянстве образа Я, в понимании
Застревающий	В доминировании, в успехе, в соответствии общественной норме, в порядке, стремлении принадлежать к престижной группе
Возбудимый	В переживаниях, в доминировании, в успехе, в положительной самооценке, в агрессии
Педантичный (тревожно-мнительный)	В порядке и завершенности, в избегании неудач, в постоянстве образа Я, в понимании, в безопасности, в соответствии общественной норме, постоянные колебания между стремлением к автономии и потребностью принадлежать к группе
Демонстративный	В общении и эксгибиции, в переживаниях, в положительной самооценке, в доминировании
Гипертимный	В переживаниях, в физиологическом комфорте, в сексе, в общении и опеке, в доминировании, в успехе
Гипотимный	В принижении себя, в опеке и симбиозе, в избегании неудач, в физиологическом комфорте и безопасности

личности человека (табл. 7.2), а не его профессиональной ролью. Анализ поступков врача, медсестры, пациента и его родственников позволяет получить ценную информацию для описания личности больного и прогнозирования его поведения в будущем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Годфруа Ж. Что такое психология: в 2 т.: Пер. с франц.— М.: Мир, 1992.

Изард К. Э. Психология эмоций: Пер. с англ.— СПб.: Питер, 2002.

Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность.— М.: Наука. 1975.

Маслоу А. Г. Мотивация и личность: Пер. с англ.— СПб.: Евразия, 2001.

Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: Пер. с англ.— М.: Аспект Пресс, 2001.

Персонология Меррея // Холл К. С., Гарднер Л. Теория личности: Пер. с англ.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.— С. 161—194.

Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация.— М: Наука, 1984.

Симонов В. П. Мотивированный мозг: Высшая нервная деятельность и естественно-научные основы психологии.— М.: Наука, 1987.

Глава 8 | СТРЕСС, ФРУСТРАЦИЯ И КОНФЛИКТ

Всегда ли люди могут действовать в соответствии со своими потребностями? Какие препятствия на пути к достижению цели им приходится преодолевать? Какие из ожидающих нас преград являются более тяжелыми? Каким образом болезнь ущемляет потребности человека? Ответы на эти вопросы позволяют нам определить истинные причины страдания человека и предложить наиболее легкий и реальный выход из сложившейся стрессовой ситуации. Обсуждение этих вопросов позволяет выработать более терпимое отношение к стрессу. В частности, в случае неизлечимых заболеваний мы можем направить свои усилия не на то, чтобы полностью избавиться от болезни, а на то, чтобы не дать болезни помешать удовлетворять наши базовые потребности.

8.1. Понятие о стрессе и фрустрации

Слово **«стресс»** (напряжение) прочно вошло в обиход и часто используется как профессионалами, так и обывателями, однако первоначальный его смысл существенно отличается от того толкования, которое ему приписывают сегодня. Автор этого понятия известный физиолог Ганс Селье (1907—1982), работавший в Канаде, использовал его для обозначения универсального физиологического ответа живых организмов на чрезвычайные нагрузки. Он показал, что вне зависимости от характера фактора, вызвавшего стресс (охлаждение, физическая перегрузка, сознание угрозы жизни), в организме человека и животных включаются одни и те же процессы, направленные на компенсацию и защиту (выброс гормонов коркового и мозгового вещества надпочечников, повышение уровня глюкозы в крови, артериальная гипертензия и пр.).

При длительном существовании стресса возможно развитие функциональных и органических заболеваний (**дистресс**), однако всю свою жизнь Селье стремился продемонстрировать защитную и приспособительную функции стресса. Он считал, что напряжение может быть не только безобидным, но и полезным, и даже приятным. Эти взгляды Селье совпадают с точкой зрения многих психологов, пытавшихся опровергнуть идеи З. Фрейда о вечной обреченности человека на внутренний конфликт и страдание. Так, Курт Гольдштейн в 1939 г. писал: «Фрейд ошибся, не придав должного значения позитивным аспектам жизни. Он ошибался, считая главным феноменом жизни бесконечный процесс приспособления к среде; он видел только бегство и стремление к снижению напряже-

ния. Он знал только желанность облегчения, но не знал удовольствия от напряжения».

Люди часто стремятся к повышению напряжения, испытывая свои силы в спортивных состязаниях, экстремальных походах и аттракционах. Как показывают исследования, сексуальная близость также является значительным стрессом для человека, настолько сильным, что при наличии заболевания сердца она может привести к опасным для жизни последствиям. В принципе физиологические изменения при стрессе, связанном с эмоционально приятными и неприятными событиями, весьма сходны. Это позволило некоторым психологам составить примерный перечень самых различных жизненных событий (приятных и неприятных) с указанием их потенциальной стрессогенности (табл. 8.1).

Таблица 8.1. Шкала жизненных событий [Холмс Т., Рэйх Р., 1967]

Жизненные события	Значение события в баллах
Смерть супруга	100
Развод	73
Разъезд супругов (без оформления развода)	65
Тюремное заключение	63
Смерть близкого члена семьи	63
Серьезная травма или болезнь	53
Женитьба	50
Увольнение с работы	47
Примирение супругов	45
Добровольный уход с работы (на пенсию, в отставку)	45
Серьезное изменение в состоянии здоровья члена семьи	44
Беременность	40
Сексуальные проблемы	39
Появление нового члена семьи (рождение, усыновление, уход за пожилым и пр.)	39
Серьезные преобразования на работе (реорганизация, банкротство, объединение компаний и пр.)	39
Серьезное изменение финансового положения (резкое ухудшение или резкое улучшение)	38
Смерть близкого друга	37
Резкое изменение профиля работы	36
Резкое изменение количества споров с супругом (намного чаще или намного реже возникают разногласия по поводу воспитания детей, личных привычек и пр.)	35
Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
Окончание срока выплаты ссуды или займа	30
Резкое изменение должностных обязанностей (повышение или понижение по службе, перевод в другой отдел)	29
Сын или дочь покинули дом (уехали на учебу, переехали к партнеру)	29

Продолжение

Жизненные события	Значение события в баллах
Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
Выдающееся личное достижение	28
Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
Существенное изменение условий жизни (строительство нового дома, капитальный ремонт, разрушение дома)	25
Пересмотр индивидуальных привычек (в одежде, манерах, круге общения)	24
Проблемы с начальством	23
Изменение условий или часов работы	20
Перемена места жительства	20
Смена места обучения	20
Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19
Изменение привычек, связанных с вероисповеданием (существенно больше или меньше посещений церкви)	19
Существенные изменения в социальных контактах (посещение клубов, кино, вечеринок, походы в гости)	18
Ссуда или заем для покупки более крупных вещей (машины, телевизора, холодильника и пр.)	17
Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном (спал больше, меньше, не в то время суток)	16
Семейные праздники отмечаются в непривычном составе (существенно больше или меньше членов семьи)	15
Изменение привычек, связанных с питанием	15
Отпуск	13
Рождество	12
Незначительное нарушение правопорядка (штраф за езду без билета, нарушение дорожных правил, беспокойство соседей и пр.)	11

К сожалению, указанные в таких перечнях оценки нельзя счесть точными, поскольку одно и то же событие имеет для разных людей порой противоположное значение. Кроме того, в приведенном списке мы обнаруживаем только уже свершившиеся события, в то время как на практике причиной обращения к психологу или психиатру гораздо чаще становятся переживания по поводу возможных, ожидаемых, но не наступивших жизненных преобразований. Так, волнение пациента по поводу планируемой операции намного превышает его переживания, связанные с болью и неудобством, наблюдаемым уже после того, как хирургическое вмешательство было завершено.

С нашей точки зрения, понятие **«фрустрация»*** гораздо лучше характеризует степень эмоционального напряжения. Под

* От лат. frustratio — обман, тщетное ожидание.

фрустрацией понимают психическое состояние, обусловленное невозможностью удовлетворения актуальных и доминирующих потребностей. Проявлениями фрустрации бывают самые различные отрицательные эмоции (досада, разочарование, тревога, раздражение, злоба, отчаяние).

Сила эмоций, вызванных фрустрацией, у каждого отдельного человека определяется тем, насколько актуальна та потребность, которая была блокирована. Так, интровертированный человек легко переносит отсутствие комфорта, порядка и признания со стороны окружающих, но очень болезненно относится к ситуациям, ограничивающим его самостоятельность (автономию). Возбудимый человек почти не нуждается в автономии и в понимании происходящего (не обращается за разъяснениями), однако очень плохо переносит монотонное существование, так как сильно нуждается в переживаниях. Педантичный хорошо приспособлен к однообразной деятельности, но не переносит беспорядка и неопределенности. При оценке тяжести фрустрации также следует учитывать индивидуальную способность человека переносить лишения без негативных последствий для здоровья (в тестах этот показатель часто называют фактором невротизма; см. рис. 6.1 и табл. 6.2).

Что же мешает людям удовлетворять наиболее значимые для них потребности? З. Фрейд считал, что постоянной помехой на пути удовлетворения глубинных влечений становится сам человек в виде его супер-эго, которое усваивает нормы общественной жизни и оказывает непрекращающееся давление на поведение людей. В бихевиоральной концепции ударение делается на внешние препятствия, которые мешают людям подойти к воплощению их мечты. Гуманисты также рассматривают общество как преграду на пути осуществления главной задачи жизни; самоактуализации.

Интересное исследование причин фрустрации было проведено сторонниками *теории социального научения* (Дж. Роттер, Б. Вайнер). Согласно этой концепции, любую неудачу или победу человек может объяснить различными причинами, различающимися по трем параметрам: 1) внутренние—внешние; 2) постоянные—переменные; 3) контролируемые—неконтролируемые. Так, свои неудачи на экзамене люди могут приписывать разным причинам: «Мне никогда не давались точные науки» (внутренняя постоянная неконтролируемая), «Как назло, меня посадили к самому строгому экзаменатору» (внешняя переменная неконтролируемая), «Я совсем не учил» (внутренняя переменная контролируемая), «Когда я поступал в медицинский институт, я понимал, что учиться будет нелегко» (внешняя постоянная контролируемая). Таким образом, люди объясняют успех или неудачу либо своими способностями, либо приложенными усилиями, либо трудностью задачи, либо везением (табл. 8.2).

Таблица 8.2. Возможные объяснения успеха или неудачи [Вайнер Б., 1979]

Причина	Внутренняя	Внешняя
Постоянная	Способности	Трудность задачи
Переменная	Усилия	Везение или случай

При прогнозировании поведения человека в ситуации фрустрации важно помнить о том, что его поступки будут определяться не реальными обстоятельствами и возможностями, а его собственными взглядами на то, какова причина ситуации и возможно ли ее преобразование в лучшую сторону. Так, женщина, считающая свою непривлекательность неконтролируемой, не соблюдает диеты, отказывается от занятий спортом, безропотно сносит отсутствие поклонников. Наоборот, женщина, уверенная в возможности контроля, предпринимает серьезные усилия по изменению своей внешности, обращается к специалистам-косметологам, делает все, чтобы ее заметили и оценили.

Наблюдения психологов показывают, что склонность людей рассматривать причины неудачи как контролируемые или неконтролируемые является относительно постоянной личностной чертой. Дж. Роттер обозначил эти черту как **локус контроля**. Локус контроля считается *внешним* (экстернальность), если человек обычно считает, что ситуация контролируется внешними, не зависящими от него обстоятельствами, другими, более могущественными людьми, чьим-то злым умыслом или божественным провидением. *Внутренний* локус контроля (интернальность) проявляется уверенностью в том, что все находится во власти человека, что он сам может влиять на ситуацию, бороться с обстоятельствами, добиваться справедливости. Поведение в ситуации болезни также зависит от локуса контроля. Так, экстернальная позиция «я болезненный человек» определяет пассивность, отказ от рискованных мероприятий, отсутствие веры в эффективность лечения и профилактики. Напротив, интернальная позиция «здоровый образ жизни — это путь к процветанию» заставляет человека компенсировать недостатки своей физической конституции, добиваться улучшения качества жизни даже при наличии неизлечимой болезни. Внешний локус контроля часто определяет пониженную самооценку, чувство безысходности, депрессивный фон настроения.

Особенно тяжело люди переживают ситуации, причины которых рассматриваются как контролируемые, но *постоянные*. Сознание принципиальной возможности прекращения стресса заставляет человека искать удовлетворительный вы-

ход, однако поиски осложняются постоянным возникновением новых препятствий, которые поддерживают в людях чувство тревоги и напряжения. Примерами постоянных контролируемых причин стресса являются межличностный и внутриличностный конфликты.

8.2. Межличностный и внутриличностный конфликты

Конфликтом мы называем существенное противоборство интересов и потребностей, которые не могут быть полностью удовлетворены без ущерба для одной из сторон, и это становится причиной дальнейшего затягивания неблагоприятной, вызывающей напряжение ситуации.

Межличностный конфликт вызван противоборством интересов нескольких людей: мужа и жены, родителей и детей, начальника и подчиненных, ученика и учителя, врача и больного, медсестры и санитара. Интенсивность такого конфликта резко возрастет при близком общении и угасает тогда, когда участники конфликта изолированы друг от друга. Очень редко бывает, чтобы межличностный конфликт затрагивал интересы только двух людей, поскольку участники всегда стараются найти союзников в своей борьбе. Так, супруги при ссоре часто стараются найти поддержку у детей, тем самым вовлекая их в конфликтную ситуацию. Медсестра при конфликте с больным часто обращается за помощью к врачу. Врачи, недовольные действиями начальства, объединяются в группу и взаимными обсуждениями подкрепляют конфликтную ситуацию.

Врач практически всегда выступает в качестве *руководителя* (над средним и младшим персоналом, над больными). Это может стать причиной межличностных конфликтов. Для их предупреждения рекомендуют основывать свое руководство на убеждении, а не на голословных распоряжениях, поощрять высокую мотивацию к работе и ее результатам, широко информировать всех сотрудников о планируемой и уже завершенной деятельности, поощрять самостоятельность работников, стремиться к уменьшению их зависимости от руководства, проявлять свою любовь к подчиненным в неформальной обстановке (отмечать праздники вместе, осуществлять заботу об их родственниках и пр.).

Врач также нередко участвует в конфликте в положении *подчиненного*. В этом случае успех разрешения конфликта зависит от вашего умения поддержать реноме руководителя: 1) ни в коем случае ваша позиция не должна быть диаметрально противоположной, попытайтесь найти общие «точки соприкосновения»; 2) предлагайте несколько вариантов решения проблемы; 3) свои аргументы высказывайте в беседе

«один на один», не натравливая на начальника других лиц; 4) отступайте, как только вы видите свою слабость или неправоту.

Одним из частых конфликтов в медицинском коллективе является ***инновационный конфликт***, выражающийся в противостоянии попытке реорганизовать работу коллектива, ввести новые методы лечения и обследования, изменить форму отчетности. Новатор стремится не только улучшить эффективность работы, но и добиться признания и повышения своего авторитета. Консерватор противодействует новшеству не только из лени и нежелания осваивать новые методики, но также из-за страха потерять свои позиции в коллективе, лишиться доминирующего статуса. Показано, что обновление проходит менее конфликтно, если оно осуществляется поэтапно, сопровождается подробным оповещением о всем происходящем, приводит к заметному улучшению условий труда и повышению продуктивности. Важно также не быть связанным строгой схемой реализации проекта, а иметь несколько альтернативных планов.

Во всех случаях межличностного конфликта остается возможность прекратить противостояние путем *изоляции*. Подчиненный может уволиться с работы, больной может быть выписан для продолжения лечения в другом месте, поссорившиеся сотрудники могут быть переведены в разные подразделения больницы. Возможна также психологическая изоляция, когда стороны, находящиеся в конфликте, сохраняют формально уважительные отношения, однако избегают совместной работы, стараются не встречаться. Такая позиция изоляции ухудшает обстановку в рабочем коллективе, снижает общую эффективность, однако позволяет сохранить внутреннее благополучие и здоровье участников конфликта.

Особенно сложно разрешить межличностный конфликт, если позиция участников противоречива по своей структуре, т. е. ими руководит внутриличностный конфликт.

Внутриличностный конфликт — это переживание, вызванное внутренним столкновением нескольких противоборствующих потребностей индивида, негативная окраска которого задерживает принятие решения. Иногда личностный конфликт определяют как неразрешимое соперничество того, что «я хочу», «я должен» и «я есть на самом деле». Внутриличностному конфликту соответствуют такие чувства, как тревога, сомнение, колебание, самообвинение, раздражение, разочарование, отсутствие перспективы, ощущение внутреннего тупика.

Такое противоборство легко возникает у личностей с рыхлой иерархией мотивов (см. раздел 7.1), у которых многие потребности рассматриваются как равнозначимые, конкурирующие. Напротив, у личностей внутренне организованных, активных, целенаправленных (застревающие, гипертимные, воз-

Таблица 8.3. Классификация внутриличностных конфликтов по К. Левину

Тип конфликта	Примеры
Эквивалентный (приближение—приближение)	Выбор для просмотра одной из нескольких телепередач, проходящих одновременно; выбор жениха среди нескольких привлекательных молодых людей; выбор лекарства из нескольких сходных по эффектам
Витальный (избегание—избегание)	Выбор места службы военного из двух «горячих точек»; выбор между травматичными методами лечения (операция, химиотерапия или облучение)
Амбивалентный (приближение—избегание)	Стремление жениться, но нежелание что-либо менять в своей жизни; желание развестись, но боязнь за судьбу детей и жены; стремление к сексуальным отношениям, но боязнь беременности и инфекции; желание выздороветь, но боязнь операции

будимые) внутриличностный конфликт возникает редко, хотя они часто вступают в межличностные конфликты.

Внутриличностный конфликт рассматривают как одну из основных причин *неврозов и психосоматических заболеваний.* Считается, что в основе истерического невроза лежит конфликт между чрезмерно завышенными притязаниями, стремлением обратить на себя внимание и сознанием примитивности своего существования. Невроз навязчивых состояний связывают с конфликтом между стремлением удовлетворить свои эгоистические потребности и высокой ответственностью, чувством долга. Неврастению рассматривают как конфликт между высокой требовательностью к себе и низкими способностями.

В работах **Курта Левина** (1890—1947) предлагается собственная классификация внутриличностных конфликтов (табл. 8.3). Он считал, что наиболее легким является конфликт *«приближение—приближение»*, поскольку чем ближе мы подходим к одному из объектов, тем он кажется нам желаннее, а далекий объект на расстоянии не видится нам столь привлекательным («с глаз долой — из сердца вон»). Гораздо труднее разрешить конфликт *«избегание—избегание»*, поскольку приближение к отвратительному заставляет нас испытывать все большие муки, в то время как объект, от которого мы уже удалились, кажется не таким уж пугающим. Разрешение конфликта *«приближение—избегание»* также затруднено, поскольку на близком расстоянии неприязнь и отвращение возрастают значительно быстрее, чем желанность цели. Исследования на животных подтвердили эти рассуждения [Доллард Дж., Миллер Н. Э., 1950].

Как правило, **конфликт не может быть эффективно разрешен внутренними средствами**. При возникновении межличностного конфликта нередко приходится обращаться за помощью к третьей, независимой стороне. При решении семейного конфликта третьей стороной не может быть член той же семьи, поскольку он находится внутри конфликта, а не вне его. Точно так же при решении межнационального конфликта третьей стороной не могут быть действующие за рубежом национальные общественные организации. Для разрешения внутриличностного конфликта также лучше всего обратиться к специалисту (психиатру, психологу или владеющему психологическими приемами врачу-интернисту). Понятно, что такой специалист не должен быть родственником или членом семьи пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Аргайл М. Психология счастья: Пер. с англ. / Общ. ред. и вступ. ст. М. В. Кларина.— М.: Прогресс, 1990.

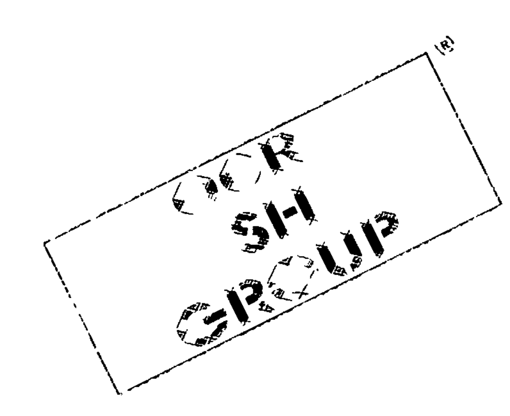
Гринберг Д. С. Управление стрессом: 7-е изд.— СПб.: Питер, 2002.

Гришина Н. В. Психология конфликта.— СПб.: Питер, 2003.

Психическая адаптация человека в условиях Севера / Под ред. В. Л. Контримавичуса, Ф. Б. Березина.— Владивосток: ДВНЦ АН СССР, 1980.

Социальный стресс и психическое здоровье / Под ред. акад. РАМН проф. Т. Б. Дмитриевой и проф. А. И. Воложина.— М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.

Хорни К. Наши внутренние конфликты: Конструктивная теория невроза: Пер. с англ.— СПб.: Лань, 1997.



Глава 9 СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА, МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ

Изучение последствий эмоционального стресса показало, что длительная блокада актуальных потребностей человека (фрустрация) может привести к возникновению тяжелых психических и соматических расстройств, поэтому люди выработали множество приемов по преодолению стресса. Не все из существующих приемов одинаково эффективны, многие из них сами по себе могут затруднять удовлетворение базовых потребностей личности. В связи с этим мы хотели бы подробно рассмотреть весь спектр существующих стратегий преодоления.

9.1. Стратегии преодоления стресса (коупинг-стратегии*)

Поступки людей в ситуации стресса столь несхожи. Какие из них помогают приспособиться в жизни, а какие мешают достичь адаптации? Однозначного ответа на этот вопрос найти нельзя. Все зависит от сложившейся ситуации, особенностей личности человека, его привычек и убеждений. Однако в этом разделе мы хотели бы проанализировать сильные и слабые стороны каждого из возможных действий.

При возникновении угрозы или препятствия можно:

- преодолеть препятствие самостоятельно
- убежать
- собрать побольше информации
- обратиться за помощью к другим
- сделать вид, что ничего произошло

В психоаналитической концепции существование неудовлетворенных потребностей и внутреннего конфликта считается неизбежным. Поэтому действия людей не могут принципиально изменить это положение. Одним из наиболее приемлемых выходов в этом случае кажется «сделать вид, что ничего не произошло». Такое поведение сторонники психоанализа обозначили как «психологическая защита» (см. следующий раздел). При том, что психологическая защита уменьшает напряжение, избавляет человека от избыточной тревоги, она, по мнению самих сторонников психоанализа, нередко становится проявлением психического расстройства (невроза).

Известный психолог психоаналитического направления

* От. англ. to cope — преодолеть, совладать.

Карен Хорни выделила три основных пути преодоления базовой тревоги: «движение к», «движение от» и «движение против». *«Движение к»* выражается в поисках поддержки, одобрения, помощи и сочувствия у окружающих, в стремлении зависеть от других, чувствовать себя нужным. Такое поведение характерно для альтруистичных, но нуждающихся в безграничной любви людях. *«Движение от»* проявляется замкнутостью, уходом в себя, отказом от сотрудничества, нежеланием принимать участие в межличностном противоречии, подчеркнутой незаинтересованностью. Эта позиция больше характерна для интровертированных личностей. Наконец, *«движение против»* — это агрессивная позиция, заключающаяся в недоверии никому, поиске и наказании врагов, демонстрации собственной твердости и уверенности в своих силах. Хорни показала, что любая из этих позиций при соответствующей жесткости может стать причиной дезадаптации и невроза. Здоровые люди, с ее точки зрения, могут выбрать одну из перечисленных тактик, но они не столь ригидны (упрямы), могут менять свои решения по ходу действия, находить тактику, более соответствующую ситуации.

Другой исследователь психоаналитического направления Саул Розенцвейг (род. 1907) считает, что склонность действовать определенным образом в ситуации фрустрации является относительно устойчивой чертой личности. Таким образом, он описывал людей, склонных к *экстрапунитивным** (обвинять других и требовать от них компенсации), *интрапунитивным* (обвинять во всем себя самого и стремиться исправить свою ошибку) и *импунитивным* (считать, что виновных нет, все обойдется само по себе) реакциям. Данные черты могут быть выявлены с помощью соответствующего теста (см. раздел 3.3.2). В данном тесте также описаны три стратегии: 1) попытка получить желаемый результат все равно какой ценой: 2) сохранить самообладание и избавиться от чувства вины; 3) выплеснуть свои эмоции на само препятствие, проявить раздражение по поводу его существования. Сравнивая эти стратегии, Розенцвейг и его сотрудники показали, что наиболее адаптивным является стремление получить желаемый результат, неважно своими усилиями или добиваясь этого от виновного.

Известный психотерапевт Н. Пезешкиан рассматривает 4 основных способа выхода из ситуации конфликта, которые он обозначает как «реакции бегства». «Бегство в работу» проявляется активной деятельностью, «бегство в одиночество или общение» — замкнутостью и депрессией или стремлением излить душу в разговоре, «бегство в фантазии» — мечтами, отри-

* От англ. punitive — наказующий, карающий.

цанием наличия проблем, душевной слепотой, «бегство в болезнь» — психосоматическим заболеванием. Согласно мнению автора, у здорового человека эти 4 тенденции сбалансированы и ни одна из них не преобладает — напротив, выраженный перевес в одну сторону становится источником личностной дисгармонии и дезадаптации.

Наиболее подробно **способы совладания со стрессом (коупинг-стратегии)** были изучены американским исследователем Ричардом С. Лазарусом (род. 1922). Он попытался составить подробную классификацию стратегий преодоления и разработал соответствующий вопросник (табл. 9.1). Применение этого вопросника для выделения наиболее эффективных путей совладания со стрессом показало, что выбор стратегии во многом зависит от особенностей личности, но конкретное содержание ситуации также имеет немаловажное значение. Среди всех возможных вариантов поведения в ситуации стресса Лазарус выделял активные и пассивные способы совладания. Так, стремление поскорее забыть о несчастье (дистанцирование), надежда на чудо (избегание), самообвинение и самокритика (принятие ответственности) являются примерами *пассивного* коупинга. Напротив, настойчивость, стремление противостоять препятствиям (конфронтация), обращение за помощью к другим людям (поиск социальной поддержки), а также поэтапное планомерное преодоление (планирование) считаются *активными* стратегиями.

Важно также оценивать, какого результата ждет человек от выбранной им тактики. По этому признаку действия человека в условиях стресса разделяются на способы инструментального и эмоционального разрешения ситуации. Стратегии, направленные на *инструментальное решение*, предполагают, что предпринятые действия помогут преодолеть все препятствия и достичь желаемой цели. Стратегии, направленные на *эмоциональное отреагирование*, приводят к тому, что уменьшается внутреннее напряжение, достигается временное спокойствие при том, что актуальная потребность остается неудовлетворенной. Так, обращение к подруге в случае выявления новообразования в молочной железе может иметь целью либо найти более опытного и знающего врача, проводить на обследование (инструментальное решение), либо излить душу, выговориться, получить сочувствие. Напористое требование выдать полагающееся по закону лекарство — это поиск инструментального решения, а оскорбления лечащего врача, сообщившего, что необходимого лекарства пока нет в наличии,— это эмоциональное отреагирование.

На модели самых различных заболеваний было показано, что люди, использующие активные стратегии преодоления, ориентирующиеся на результат, а не эмоциональную разрядку, имеют более высокое качество жизни, течение многих за-

Таблица 9.1. Отдельные утверждения, взятые из Опросника путей преодоления стресса (Ways of Coping Questionnaire) [Фолькман С., Лазарус Р. С., 1988]

Типы преодоления	Примеры утверждений, выбираемых пациентом
1. Конфронтация	Настаиваю на своем и борюсь за то, чего хочу Стараюсь, чтобы человек, ответственный за конфликт, поменял свою точку зрения Обрушиваю свой гнев на человека (людей), виновного в возникновении проблемы
2. Дистанцирование	Стараюсь относиться к этому легче, не желаю всерьез думать об этом Не допускаю, чтобы меня это слишком трогало, стараюсь не думать об этом слишком много Стараюсь обо всем забыть
3. Самоконтроль	Стараюсь сдерживать эмоции в себе Не хочу, чтобы другие знали о том, насколько плохо обстоят дела Стараюсь не действовать поспешно, никогда не следую первому порыву
4. Поиск социальной поддержки	Стараюсь с кем-нибудь поговорить, чтобы лучше разобраться в ситуации Ищу того, кто мог бы конкретно мне помочь в разрешении ситуации Спрашиваю совета у тех родственников или друзей, которых уважаю
5. Принятие ответственности	Критикую или отчитываю сам себя Осознаю, что сам создал себе проблемы Обещаю себе, что в следующий раз все будет по-другому
6. Избегание	Мечтаю о том, чтобы ситуация исчезла или разрешилась сама по себе Надеюсь на чудо Скрываюсь ото всех
7. Планирование	Знаю, что именно следует сделать, поэтому с удвоенной силой делаю это Составляю план и следую этому плану Стараюсь что-нибудь изменить, чтобы все обернулось так, как мне надо
8. Позитивное переосмысление	Считаю, что это шанс измениться в лучшую сторону, вырасти как личность Это позволило получить мне опыт, которого у меня не было раньше Приобретаю новые убеждения

болеваний у них оказывается более благоприятным. Так, иммунные показатели у больных с положительной реакцией на ВИЧ, пациентов с герпетической инфекцией и иммунообу-

словленным бесплодием были, как правило, лучше, если они использовали более активные стратегии совладания. Есть данные, что у пациентов с меланомой, использовавших активные виды коупинга, наблюдались меньше случаев рецидива и бóльшая пятилетняя выживаемость. Также показана положительная роль активной тактики преодоления у родственников, вынужденных ухаживать за тяжелобольными членами семьи. Так, людей, применяющих в этой ситуации стратегии эмоционального вытеснения (избегания), чаще отмечались симптомы депрессии и тревоги.

Одним из крайне неконструктивных вариантов совладания со стрессом является употребление алкоголя и наркотических средств (избегающее поведение, уход от проблемы). Считается, что часть случаев алкоголизма и наркоманий может быть объяснена использованием этих неэффективных способов преодоления стресса. Не все психотропные лекарственные средства можно рассматривать как уход от проблемы. Так, в случае наследственных психических расстройств (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) лекарства, наоборот, являются инструментом преодоления проблемы. Ведь при шизофрении и депрессии больные становятся пассивны, не желают ничего менять, избегают общения, а лекарства (антидепрессанты и нейролептики) открывают им путь к общению и активному преодолению внутреннего конфликта (см. раздел 13.2).

Как уже было сказано, выбор активной или пассивной стратегии преодоления во многом зависит от стойких черт личности: в частности, показана его связь с *локусом контроля* (см. раздел 8.1). Частично этот выбор происходит неосознанно (автоматически). Но все же человек вполне может проанализировать свое поведение, осознать его последствия, использовать его как полезный опыт в будущем. Все это открывает широкие возможности для психотерапевтической работы и самосовершенствования. Врач должен в своей ежедневной практике, при проведении реабилитации, общаясь с родственниками пациентов, показывать недостатки пассивных стратегий преодоления и слабость позиции тех, кто пытается достигнуть уравновешенности эмоций в ущерб удовлетворению своих актуальных потребностей.

В психоаналитической концепции гораздо большее внимание уделяется неосознаваемым психическим процессам. З. Фрейд был пионером в области описания специфических форм эмоционального преодоления внутреннего конфликта. Им была сформулирована концепция *психологической защиты.* Среди прочих стратегий преодоления стресса психологические защиты занимают место пассивных, направленных только на коррекцию эмоционального состояния методов борьбы с фрустрацией. Избыточная активность психологических за-

щит мешает человеку осознать свои потребности, часто становится причиной дезадаптации и даже психических расстройств. Поэтому мы постараемся более подробно обсудить этот вопрос в следующем разделе.

9.2. Механизмы психологической защиты

Психологическая защита — это присущий всем здоровым людям неосознаваемый психологический прием, благодаря которому эмоционально неприятная информация изгоняется из сознания и становится недоступна логическому анализу и чувственному переживанию.

С точки зрения Фрейда, психологические защиты ограждают человека от дезорганизующего влияния бессознательного, спасают от бессмысленного самобичевания, помогают сохранить самоуважение. Он считал, что слом защитных механизмов может приводить к возникновению грубого нарушения психики (психоз). С другой стороны, Фрейд часто наблюдал, что чувства, скрываемые посредством защит, обычно не теряют своей силы, поэтому из глубин подсознания они могут влиять на здоровье человека, наносить ущерб его функционированию. В этом случае для человека полезнее полностью пережить эмоции, которых он опасается, и направить их энергию на улучшение собственной жизни (на самореализацию), чем тратить силы на бессмысленную защиту.

Сам Фрейд подробно описал лишь несколько примеров психологической защиты (вытеснение, регрессия, рационализация, сублимация). В работах его последователей, особенно его дочери Анны Фрейд (1895—1982), теория психологических защит была рассмотрена во всех подробностях, приведены описания множества защитных механизмов, проанализировано развитие психологических защит начиная с детского возраста и заканчивая зрелостью. В психологической литературе приводится описание огромного числа механизмов психологической защиты; точное количество их не определено. Иногда разные психологи объясняют один и тот же поступок различными защитными механизмами. Список защит, приведенный в табл. 9.2, не является ни исчерпывающим, ни общепризнанным. Мы лишь постарались продемонстрировать разнообразие форм, в которых проявляется феномен психологической защиты. В действительности все защитные механизмы в какой-то степени эквивалентны друг другу, поскольку все они заключаются в сокрытии реальности от сознания, т. е. они являются формой невольного самообмана.

Самообман определяет и положительную роль защит (сохранение положительной самооценки, поддержание спокойствия и организованности, необходимых для адаптации), и мно-

Таблица 9.2. Примеры механизмов психологической защиты

Название	Описание	Иллюстрации
Незрелые (примитивные):	(подчеркивают незрелость личности, ее низкие способности, у взрослых часто связаны с патологическими чертами личности или болезнями)	
Отрицание	Невозможность увидеть реальное состояние вещей, отказ от восприятия любой негативной информации	Ребенок обижается в ответ на ласку: «Я не маленький, я уже большой: мне 4 года»
Избегание	Отказ от участия в деятельности на том основании, что отсутствуют необходимые способности	Папа, я передумал: я больше не хочу учиться кататься на велосипеде — катайся сам
Регрессия	Демонстрация крайне незрелого поведения (детского, животного) для того, чтобы избежать чувства ответственности в ситуации стресса	Профессор, миленький, родненький, не ставьте тройку; я вам клянусь, что больше так не буду
Идентификация	Подсознательное копирование поведения более авторитетного лица	Ребенок ругает куклу: «Опять ты не вымыла руки, вот тебе за это!»
Идеализация	Слепое восхваление другого человека (сотворение идола), выпячивание только положительных его черт, нередко заканчивается разочарованием в нем и обвинением во всех грехах (демонизация)	Вы слушали его лекции? Он просто гений, каждое его слово — это золото, я чувствую себя ничтожеством рядом с ним
Отреагирование (acting out)	Неосознанное выражение своих агрессивных чувств в якобы случайных, импульсивных поступках при полной уверенности, что это никак не связано с обстоятельствами стресса	Сын после ссоры с матерью нечаянно задевает ее любимую вазу, и она разбивается вдребезги
Пассивная агрессия	Бессознательное выражение агрессивных чувств через бездействие	Простите я не заметила, что дым вас так раздражает. Что же вы не сказали? Я бы и не начинала курить 2 часа назад
Расщепление (splitting)	Чрезмерная полярность оценок, жесткое разграничение положительных и отрицательных качеств, невозможность разглядеть их в одном человеке (в самом себе)	Я человек принципиальный и всегда делаю только то, что обещаю

Название	Описание	Иллюстрации
Невротические:	(в случае чрезмерной активности вызывают дезадаптацию и невроз)	
Вытеснение (репрессия)	Непреднамеренное изгнание из сознания неприятной и болезненной информации, «невольная забывчивость»	Боже мой, неужели я обещала приехать к тебе вчера? Я совсем этого не помню
Диссоциация	Выделение части своих мыслей и чувств и приписывание их какой-либо другой личности (посторонней силе)	Простите мне мои вчерашние слова, это была не я, меня бес попутал
Конверсия	Конфликт проявляется функциональными обратимыми (воображаемыми) нарушениями здоровья, связь которых со стрессом отрицается	О боже! У меня подкашиваются ноги и отнимаются руки
Соматизация	Психологические переживания проявляются появлением или обострением соматического заболевания, которое отвлекает человека от мыслей о существующей проблеме	Я сам понимаю, доктор, что с моей язвой работать на такой нервной должности невозможно
Проекция (концептуализация)	Приписывание собственных неприемлемых чувств другим людям, толкование их поступков, исходя из собственных предубеждений	Зависть — это та черта, которую я больше всего ненавижу в людях!
Рационализация	Более или менее логическое объяснение чувств и поступков, которые в действительности обусловлены подсознательными импульсами для того, чтобы снять с себя эмоциональную ответственность	Я думаю, что мне не следует жениться, потому что по статистике каждый второй брак бывает неудачным
Аннулирование (undoing)	Уверенность, что одно доброе дело полностью отменяет все неприятное, что было сделано ранее	Я тут шел мимо магазина и увидел эти прекрасные розы... Нет-нет это никак не связано с нашей вчерашней ссорой
Формирование реакции (гиперкомпенсация)	Неприемлемые чувства и потребности маскируются чрезвычайно сильными, но диаметрально противоположными по смыслу чувствами и высказываниями	Жена мужу: «Как меня раздражает этот твой друг-красавчик, весь такой улыбчивый, и облизывается, как кот»

Название	Описание	Иллюстрации
Реверсия	Направление на других тех чувств, которые хотел бы получить сам	Доктор, вы сегодня выглядите подавленно. Вы не заболели?
Обесценивание	Принижение роли существующего конфликта на том основании, что в мире нет настоящих ценностей	Что мне это даст? Ведь деньги, любовь и даже жизнь — все не вечно
Поворот против себя	Направление отрицательных чувств с внешних объектов на себя	Если бы я была лучше, то мои родители могли бы свободно дарить мне свою любовь
Замещение	Направление подавляемой в себе тревоги на объекты, которые в действительности не являются опасными	Каждый раз, когда я вижу женщину в черной одежде, у меня сердце останавливается от страха
Подавление цели	Установление ограничений на проявление своих чувств, попытка частичного удовлетворения потребности	Только никакого секса — все, чего я ищу,— это настоящей дружбы
Зрелые:	(никогда не приводят к возникновению болезни, но могут мешать удовлетворению актуальных потребностей)	
Сублимация	Удовлетворение скрытых неприемлемых импульсов путем направления своих усилий на деятельность, которая одобряется и поощряется обществом	Я всегда считала педагогику своим призванием, и меня удивляют люди, которые считают меня одинокой и несчастной
Альтруизм	Услужливость и реальная забота о других, маскирующая собственную неудовлетворенность	Не волнуйтесь: мне это совсем не трудно
Юмор	Явное осуждение неприятной ситуации в приятной для всех манере	Ну где вы видели еще такого смешного толстяка, как я!
Подавление (супрессия)	Сознательное или частично осознаваемое решение отложить обдумывание неприятной ситуации на более подходящее время	Это не телефонный разговор, давай обсудим это, когда я вернусь домой после работы
Сопереживание (аффилиация)	Поиск эмоциональной поддержки у окружающих без стремления переложить на них ответственность за случившееся	Послушай, ты будешь смеяться, но мне опять не повезло

Название	Описание	Иллюстрации
Сексуализация	Приписывание окружающим сексуального интереса к себе	Я не могу носить эту красную кофту, все мужчины начинают пялить на меня глаза
Переосмысление	Принятие ситуации такой, какая она есть, в надежде на то, что в будущем удастся добиться лучшего исхода	Это было для меня полезным опытом, а опыт — это мудрость
Постоянные (броня характера):	(образуют стойкий стиль поведения вне зависимости от наличия или отсутствия стресса)	
Отгороженность (изоляция)	Защита от окружающих через необщительность (аутизм), пугающую дерзость, высокомерие или холодную галантность (аристократизм)	
Интеллектуализация	Выражение своих чувств через такие сложные логические построения, что они теряют понятность и эмоциональную напряженность	
Педантизм	Демонстрация уверенности в себе через предусмотрительность и аккуратность	
Юмор и ирония	Подчеркивание и высмеивание своих недостатков	
Альтруизм	Замещение своих потребностей борьбой за удовлетворение чужих нужд	

жество отрицательных последствий (неверное восприятие реальности, отказ от удовлетворения актуальных потребностей, сохранение внутреннего напряжения, порой приводящего к возникновению неврозов и соматических заболеваний). При этом человек не имеет возможности управлять защитными механизмами, поскольку они действуют на *бессознательном* уровне. Попытка сознательно применить тот или иной защитный прием приведет лишь к горькому пониманию своей неспособности одолеть возникшие препятствия, своей слабости, своих бессмысленных попыток уйти от реальности.

Хотя сам человек не осознает того, что пользуется психологической защитой, высказывания и поступки других людей (противников в споре, друзей, лечащего врача, психотерапев-

та) нередко заставляют его увидеть реальность, сломать психологическую защиту. Такое столкновение с действительностью всегда вызывает неприятные чувства и ответное сопротивление («Не хочу этого слышать»). Обычно чем более актуальная потребность блокируется стрессом, тем сильнее и энергичнее действует психологическая защита.

Довольно распространено среди психологов разделение защитных механизмов на более и менее зрелые. В процессе роста человека также можно наблюдать, что ребенок преимущественно использует *примитивные* защиты. Например, чтобы спрятаться от пугающего человека, ему иногда достаточно закрыть глаза руками («Я тебя не вижу — значит, тебя нет»). Незрелые защитные механизмы подчеркивают слабость, беспомощность, низкие способности, несовершенство человека («Неужели вы посмеете обидеть невинное дитя?»). Взрослый человек, активно использующий примитивные защиты, обрекает себя на зависимое положение в обществе, на жалость и снисходительное отношение коллег. Чрезмерная активность незрелых механизмов защиты часто становится причиной грубой дезадаптации (психопатии) или даже психического заболевания (психоза).

Более сложно устроены защитные механизмы, называемые *невротическими*. Они характерны для взрослых и детей среднего и старшего школьного возраста. Для защиты от неприятных мыслей взрослые могут использовать интеллект и логику, например механизмы рационализации, концептуализации, интеллектуализации. Погружение в переживание собственного физического нездоровья также часто выступает как защита от эмоционального стресса у взрослых (механизмы конверсии и соматизации). Механизм обесценивания часто воспринимается окружающими как проявление мудрости зрелого человека. Однако избыточное стереотипное использование этих защитных механизмов может наносить существенный урон адаптации человека. Так, постоянная забывчивость (вытеснение) вызывает у окружающих раздражение и негодование. Повторное возникновение головных болей у женщины в ситуации, когда муж проявляет к ней сексуальный интерес (конверсия), нарушает гармонию семейных отношений. Психические заболевания, называемые *неврозами*, во многом определяются неадаптивными психическими защитами. Так, симптомы истерического невроза соответствуют вытеснению, конверсии и диссоциации, симптомы невроза навязчивых состояний — замещению и рационализации, симптомы депрессивного невроза — обесцениванию и повороту против себя.

Зрелые защитные механизмы обеспечивают наибольший уровень адаптации, так как они основаны на формах поведения, наиболее одобряемого обществом, а это позволяет повысить социальный статус человека, гарантирует ему высокий

уровень самоуважения. Наиболее известным механизмом из группы зрелых является *сублимация*. Она выражается в том, что человек удовлетворяет свою доминирующую потребность не впрямую, а в символической форме, так что это вызывает уважение и восхищение окружающих. Фрейд считал, что многие творческие успехи знаменитых писателей, живописцев, ученых были формой символического удовлетворения сексуальной потребности. Эту идею поддерживает то, что талант и высокая продуктивность часто сочетаются с отсутствием семейного счастья. Высказывается точка зрения, что профессиональный выбор нередко бывает основан на стремлении в символической форме удовлетворить свои скрытые потребности. Так, писатель, создающий триллеры, возможно, наслаждается своей трусостью; художник, изображающий наготу, удовлетворяет свою страсть к подглядыванию; мусорщик стремится удовлетворить свою потребность в унижении. При всей изощренности зрелых защит они также не рассматриваются как безупречный путь к счастью, поскольку ограничивают свободу человека, лишают его возможности получать наслаждение простыми и доступными всем средствами (от секса, отдыха, еды, движения).

Само слово «защита» предполагает наличие какой-либо угрозы (стресса). Однако Анна Фрейд обратила внимание на то, что защитные механизмы у некоторых людей работают беспрерывно, вне зависимости от наличия или отсутствия стресса, т. е. они образуют как бы защитный панцирь («броня характера»), готовый к сохранению внутреннего равновесия, если это вдруг понадобится. Примером *постоянной* защиты считают аутизм (замкнутость): ведь человек, который глух к чужому мнению, не может чувствовать себя оскорбленным или униженным кем-то. Педантизм тоже выступает как постоянная защита от страха преобразований, а альтруизм гарантирует человеку защиту от чувства вины.

Какова должна быть тактика врача в случае выявления защитных форм поведения? Ответ на этот вопрос не может быть однозначным. С одной стороны, вскрытие психологических защит всегда приносит страдание человеку и может лишить его опоры в жизни. В литературе описаны трагические примеры бессмысленного разрушения защит, которые обеспечивали людям убогое, но стабильное существование. Так, в драме Генрика Ибсена «Дикая утка» вмешательство сына богатого фабриканта в убогую жизнь семейства Экдал, в котором работящая и умная Гина пытается скрыть ничтожество своего мужа-фотографа, приводит к самоубийству их дочери. Пьеса Джона Бойнтона Пристли «Опасный поворот» также заканчивается самоубийством Роберта Кэплена, который сам попытался добиться правды от всех своих друзей и компаньонов. С другой стороны, во многих случаях через страдание и

преодоление страха человек может перейти на новый, более высокий уровень существования. Признание наличия проблемы — это путь к ее решению. Так, мы считаем важным преодолеть страх перед операцией, чтобы излечить болезнь. Вскрытие в процессе психотерапии внутреннего конфликта позволяет вылечить невроз и депрессию. Таким образом, слом психологической защиты является чрезвычайно ответственным шагом. Предпринимая его, врач должен четко представлять цели и последствия такого действия.

Не следует нарушать сложившуюся систему психологических защит, если вы не имеете четкого плана психологической поддержки и реабилитации пациента, переживающего душевный кризис.

В следующем разделе мы намерены проанализировать феномены преодолевающего и защитного поведения на примере типичных медицинских ситуаций.

9.3. Стратегии преодоления и психологические защиты в медицинской практике

Болезнь и лечебное вмешательство почти всегда представляют собой определенный стресс и блокирование актуальных потребностей человека. Поэтому поведение как пациентов, так и медицинских работников постоянно находится под влиянием коупинг-стратегий и психологических защит.

Как мы уже говорили, наиболее конструктивными являются стратегии, нацеленные на ***получение конкретного желаемого результата***. Так, например, согласие на операцию, попытки найти отсутствующее в аптеке лекарство, пользуясь знакомством, планомерное проведение всех анализов, необходимых для госпитализации, обращение к друзьям за ссудой на лечение относятся к наиболее продуктивным действиям в ситуации стресса. Такое активное преодоление проблемы больше характерно для застревающих, гипертимных и педантичных личностей.

Стратегии, направленные на ***дистанцирование*** от проблемы и ***избегание***, часто выражаются в отказе от операции, обращении к колдунам, экстрасенсам, священникам, от которых ожидается мгновенное магическое избавление от недуга. Это пассивные способы совладания со стрессом. Во многих случаях они создают существенные проблемы для адаптации, становятся причиной позднего начала лечения. Мы также уже говорили об опасности поведенческого избегания в форме злоупотребления алкоголем и наркотиками. К избеганию весьма склонны интровертированные, дистимические, демонстративные личности. Однако и у пациентов с другими вариантами акцентуа-

ции такая тактика бывает нередкой. Так, к приему алкоголя в состоянии тревоги нередко прибегают тревожно-мнительные (педантичные), возбудимые и гипертимные личности.

Стратегии ***эмоционального отреагирования*** заключаются либо в оскорблении и преследовании соседей по палате и медицинских работников, либо в стремлении поделиться своим горем, получить понимание и сочувствие. Такая тактика весьма характерна для людей с преобладанием первой сигнальной системы (демонстративные и возбудимые). Еще более настойчивыми в стремлении наказать обидчика (часто через суд) бывают застревающие люди. К сожалению, сочувствие и яркое выражение гнева не приближают человека к выздоровлению и избавлению от проблем.

Важно, чтобы сами медицинские работники старались замечать в своем поведении неконструктивные стратегии преодоления: бессмысленный гнев, попытки «отдохнуть от больных» за рюмкой спиртного. Образ врача обычно ассоциируется с активной борьбой с болезнью. Поэтому совет врача «поставить свечку за выздоровление и успех операции» звучит как признание в беспомощности, снижает доверие к медицине. Поскольку врачебная деятельность является коллективным продуктом, не следует забывать о возможности обращения за советом и помощью во всех случаях, когда в одиночку невозможно полноценно провести диагностику и лечение. Боязнь или нежелание врача обращаться за поддержкой можно рассматривать как существенный профессиональный недостаток.

Особенно важно обнаруживать в себе и пациенте **незрелые, примитивные** варианты психологической защиты, поскольку они могут вызвать серьезные проблемы в процессе оказания медицинской помощи. Так, примером ***отрицания*** может быть уверенность больного в том, что выставленный врачом диагноз — это ошибка. Довольно часто приходится наблюдать такие высказывания у гипертимных личностей. Они улыбаются, успокаивают врача, утверждают, что «все будет хорошо», «я крепкий — все обойдется». Такие пациенты хвалят обстановку в больнице, стараются помогать другим, не замечая собственной болезни. ***Избегание*** относится к крайне примитивным формам защиты, оно может проявляться у больных неожиданным заявлением, что он «расхотел» лечиться: например, больной алкоголизмом заявляет, что не хочет «кодироваться» от спиртного, потому что уверен, что не выдержит долго без выпивки. Медицинский работник тоже может продемонстрировать избегание, если он отказывается от предлагаемого ему повышения квалификации, смены профиля работы на более интересный, аргументируя это тем, что ему это слишком сложно. ***Регрессия*** нередко наблюдается у демонстративных личностей, которые в ситуации конфликта начинают вести себя по-детски, хныкать, громко причитать. Это не зависит от

возраста пациента — органические заболевания мозга (слабоумие) также могут способствовать такому неконструктивному поведению. ***Идеализация*** в виде громкого восхваления медицинских работников должна настораживать врача: ведь она основана не на понимании его достоинств, а на детском страхе болезни, которую может победить только маг и волшебник. Появление побочных эффектов, отсутствие быстрого прогресса в лечении в таком случае часто вызывают разочарование и резкое изменение отношения к врачу (демонизация). ***Идентификация*** (невольное копирование) весьма характерна для молодых врачей, не имеющих собственного опыта общения с пациентами и их родственниками. Свою неуверенность они часто маскируют грубоватыми, самоуверенными фразами, заимствованными у их старших коллег. ***Отреагирование*** весьма характерно для пациентов с чертами эмоциональной незрелости, которые не находят другого способа выразить свое недовольство: так, пациент, раздраженный выговором своего врача, может не явиться на следующую назначенную встречу, предупредив врача о том, что обязательно будет. Довольно часто проявлением отреагирования бывают потеря и порча документов, необходимых для госпитализации. У возбудимых личностей одним из способов отреагирования может быть эпизод неуправляемого пьянства.

Невротические защиты обычно не наносят существенного урона адаптации человека, однако при стереотипном избыточном их использовании поступки человека теряют приспособительный характер, он слишком часто отказывается от активного преодоления проблемы. В медицинской практике это может выражаться в возникновении невроза. Однако проявлением защит могут быть не только психические, но и соматические расстройства. Так, обострение язвенной болезни, приступы стенокардии и бронхиальной астмы нередко играют защитную роль (механизм ***соматизации***), оправдывают невозможность справиться с поручаемым заданием, помогают уйти от семейных проблем через госпитализацию и пр. Обычное соматическое лечение в этом случае не дает ожидаемого эффекта, а приближение выписки из больницы ухудшает самочувствие пациента. Врачу нередко приходится сталкиваться с ***вытеснением***, когда пациент заявляет, что он забыл прийти на очередную процедуру, забыл купить лекарство или выполнить задание, данное врачом. Чаще всего это означает, что человек недоволен данным ему поручением, не согласен с ним. С другой стороны, врача может удивлять, что после жесткого разговора с пациентом на следующий день он ведет себя так, как будто ничего не случилось. Это пример вытеснения, и не следует воспринимать ситуацию как полное разрешение конфликта, потому что в самый неожиданный момент пациент может вдруг «вспомнить» о ссоре и обрушить на врача поток

упреков. Более всего вытеснение характерно для демонстративных личностей.

Проекция весьма характерна для людей с чертами застреваемости. Они нередко оценивают окружающих как завистливых, эгоистичных, расчетливых, хотя вернее всего эти описания подходят к ним самим. Такие пациенты легко формируют свои собственные концепции относительно целей врачей. Например, отказ в назначении лекарства они тут же объясняют не тем, что врач не видит в этом пользы, а тем, что лекарство дорогое и предназначено для «своих». Отсутствие улучшения после лечения расценивается ими как признак некомпетентности или злого умысла со стороны врачей. Врач, склонный к проекции, будет обвинять в осложнениях не себя, а больного.

Рационализацию часто используют люди с преобладанием второй сигнальной системы (педантичные, интровертированные). Испытывая тревогу, пациент может с интересом читать специальную медицинскую литературу и успокаиваться, если в книге написано, что эффект лекарства обычно наступает не сразу, а спустя некоторое время. То, что операция откладывается, пациент легко объясняет тем, что решение врача основано на заботе о нем, что это даже лучше, если болезнь более четко «оформится и созреет». Врач также может применять рационализацию, например, уверяя себя в том, что то, что его не послали в выгодную командировку, даже лучше для него, поскольку дома у него будет больше времени для завершения работы над диссертацией.

Весьма опасные последствия может иметь применение ***гиперкомпенсации***. Она заключается в том, что человек ведет себя прямо противоположно возникающим в нем подсознательным импульсам. Так, тревожный, боязливый человек действует безрассудно смело, скупой — чрезмерно щедро. Считается, что среди людей, ведущих борьбу с применением наркотиков, гомосексуализмом, национальными меньшинствами, распространением порнографии, встречаются те, кто тем самым пытается побороть в себе интерес к этим скандальным темам. Адлер считал, что жестокость немецких националистов можно объяснить попыткой компенсировать свои чувства страха и беспомощности. Поэтому врачам, склонным к пониженной самооценке, следует быть осторожными, чтобы не обидеть пациентов и коллег своей неожиданной напористостью, безапелляционностью, самоуверенностью. Такая ложная самоуверенность выражается в удивительном упрямстве, которое часто только вредит всем. Больной также может компенсировать свой страх показной непроницаемостью: например, тревожно-мнительный пациент может упрямо настаивать на операции, которой он очень боится, или затягивать обращение к врачу по поводу симптомов, напоминающих рак, так как уверен, что лично у него «рака быть не может».

Обесценивание и ***поворот против*** себя обычно указывают на снижение настроения, дистимический склад характера и часто наблюдаются при депрессии. В этом случае люди не видят никаких положительных перспектив, а это заставляет их отказаться от борьбы с трудностями. Весьма часто обесценивание становится причиной отказа от лечения и оперативного вмешательства. Так, больной со злокачественной опухолью в состоянии депрессии может активно отказываться от операции на том основании, что в такой ситуации «ничего не помогает». Другой причиной отказа от операции может быть ***подавление цели***, когда человек утверждает, что не рассчитывает на полное излечение, а хочет лишь немного подправить свое состояние таблетками.

Замещение часто становится причиной навязчивых мыслей и страхов как у пациента, так и у врача. У людей с тревожно-мнительным характером это может проявляться чрезвычайным вниманием к приметам, счастливым и несчастливым знакам, талисманам. Такая суеверность кажется довольно безобидной, но вера в несчастливые приметы может стать причиной бессмысленных раздумий, неожиданного и нелогичного изменения своей точки зрения на противоположную. ***Аннулирование*** тоже связывают с верой в магическое, но символическое действие в данном случае спасает не от страха, а от чувства стыда за совершенный ранее поступок. Таким образом, подарок или комплимент может быть проявлением не только искренней благодарности, но и невольным стремлением загладить вину.

Зрелые защиты практически никогда не становятся причиной конфликтов между пациентом и врачом. Многие поступки, основанные на зрелых защитах, вызывают уважение и восторг окружающих, поскольку выражаются в благородных чувствах самоотверженности и борьбы за высшие идеалы. Но не следует забывать о том, что человек не может пренебрегать своими собственными интересами, т. е. благородные поступки совершаются в первую очередь на радость того, кто их совершает. Врачебная профессия, как одна из самых гуманных, позволяет человеку получать огромное наслаждение от помощи людям. Однако, по меткому замечанию Юнга, каждому благородному образу противостоит его антипод — «тень». Говоря языком сказок, чтобы получить любовь принцессы, нужно победить дракона, хотя, по преданиям, победитель сам может превратиться в дракона. Таким образом, благородная цель победить болезнь дает врачу право на причинение боли, в этом случае применение зрелых защит может позволить совершить зло во имя добра («Немного потерпите, сейчас будет больно»). Так, используя защитный механизм ***подавления***, врач может на время забыть о страданиях пациента и злоупотребить терпеливостью и выносливостью больного. В другом случае, заботясь

Таблица 9.3. Способы преодоления стресса, характерные для основных вариантов личностной акцентуации

Тип акцентуации	Типичные защитные механизмы и коупинг-стратегии
Интровертированный	Отгороженность, рационализация, соматизация, дистанцирование, принятие ответственности, положительное переосмысление
Застревающий	Активное преодоление, конфронтация, проекция, замещение, соматизация, идеализация, планирование, обращение за социальной поддержкой
Возбудимый	Отреагирование, активное преодоление, конфронтация, идентификация, регрессия
Педантичный (тревожно-мнительный)	Педантизм, рационализация, гиперкомпенсация, замещение, альтруизм, обращение за социальной поддержкой, планирование, положительное переосмысление, самоконтроль, принятие ответственности, поворот против себя
Демонстративный	Вытеснение, конверсия, регрессия, расщепление, идеализация, идентификация, обращение за социальной поддержкой, избегание
Гипертимный	Активное преодоление, конфронтация, отрицание, обращение за социальной поддержкой, юмор, ирония, дистанцирование
Гипотимный	Обесценивание, поворот против себя, избегание, самоконтроль, положительное переосмысление, альтруизм, принятие ответственности

о сиюминутном спокойствии пациента, врач может подавить в себе ненависть ко лжи и пойти на недопустимый обман. Особенно часто такое поведение позволяют себе врачи в отношении психически больных, когда для того, чтобы начать лечение, они пользуются обманом вместо того, чтобы убедить пациента в своей правоте.

В психоаналитической литературе большое внимание уделяется защитному механизму ***сублимации***, который проявляется самоотречением, стремлением удовлетворить свою жажду жизни через профессиональную и общественную деятельность. В этом случае люди отказываются от создания собственной семьи, пренебрегают потребностью в любви, считают развлечения и обыденное человеческое общение пустой тратой времени. Известный психотерапевт юнгианского направления Адольф Гуггенбюль-Крейг метко назвал такую жизнь «квазисуществованием». Отвергая обыденность, такой врач лишает себя возможности получить тот жизненный опыт, который очень нужен врачу для того, чтобы дать правильный совет пациенту; для того, чтобы суметь понять его нужды, проявить истинное сопереживание и сочувствие.

* * *

Знакомство с различными стратегиями поведения человека в ситуации стресса дает врачу много полезной информации для правильной диагностики личности, помогает более точно прогнозировать поступки пациента. Известно, что личностные акцентуации предрасполагают к преимущественному использованию ограниченного круга стратегий совладания и защитных механизмов. В табл. 9.3 мы постарались указать психологические защиты и коупинг-стратегии, наиболее типичные для каждого из описанных выше типов акцентуации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Безносюк Е. В., Соколова Е. Д. Механизмы психологической защиты // Журн. невропатол. и психиатр.— 1997.— Т. 97.— Вып. 2.— С. 44—48.

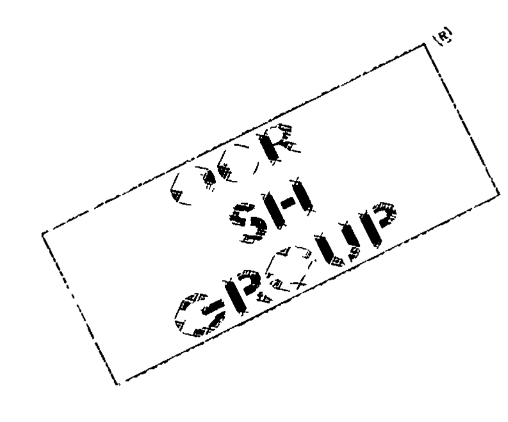
Гуггенбюль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине: Пер. с нем.— СПб.: Б. С. К., 1997.

Каменская В. Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта.— СПб.: Детство-Пресс, 1999.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе: Пер. с англ.— М.: Независимая фирма «Класс», 1998.

Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы: Пер. с англ.— М.: Педагогика, 1993.

Хорни К. Наши внутренние конфликты: Конструктивная теория невроза: Пер. с англ.— СПб.: Лань, 1997.



Глава 10 ПСИХОЛОГИЯ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ

Общественные взаимоотношения в различных школах психологии воспринимаются неоднозначно. Так, Фрейд рассматривал контакты с обществом как источник конфликта. Противоречия в интересах людей, по его мнению, неминуемо ведут к соперничеству, а их общая эгоистическая направленность не позволяет добиться истинно партнерских взаимоотношений. В гуманистической школе общество рассматривается как возможный фактор давления на судьбу человека, порой преграждающий ему путь к самореализации. Сторонники когнитивного направления обращают внимание на трудности в общении, обусловленные искажениями информации при передаче ее от одного человека к другому. В бихевиоральной концепции общество рассматривается как необходимая часть жизни человека, определяющая его существование, формирующая его личность.

Вероятнее всего, следует рассматривать контакты между людьми как спектр самых разнообразных взаимно полезных, сопернических и откровенно враждебных отношений (табл. 10.1). Вместе с тем вся история человечества показывает необходимость общества для прогресса во всех областях жизни человека. Семья, круг друзей, коллег, соседство — все это необходимые формы совместного существования людей. Отказ от общения, изоляция детей от общества, отшельничество во все времена заканчивались стагнацией, прекращением прогресса и в конце концов смертью.

Успех в любой из медицинских профессий напрямую зависит от взаимопонимания и качества межличностных отношений с пациентами и их родственниками, коллегами, учителями и наставниками, с начальством. Поэтому необходимо более подробно обсудить некоторые аспекты человеческих взаимоотношений.

10.1. Проблема взаимопонимания (вербальная и невербальная коммуникация)

Фактически все люди обречены на необходимость общения, избежать его невозможно. Даже молчание, демонстративный поворот головы в противоположную сторону, закрытые глаза, увлеченное чтение книги — все это воспринимается присутствующими как определенный сигнал, указывающий на ваше отношение к окружающим. Использование речи многократно увеличивает поток информации, который приходится рас-

Таблица 10.1. Характеристика уровней межличностных отношений

Уровень межличностных отношений	Средства общения (воздействия)	Отношение к другому лицу
Доминирование	Открытое принуждение, приказ, насилие, подавление, господство	Принижение (отношение как к вещи), неуважение, презрение
Манипуляция	Скрытое, опосредованное давление (интрига, намек, провокация, обман)	Насмешка, презрение, ирония, выискивание слабостей
Соперничество	Чередование открытых и закрытых приемом воздействия — от конфронтации до подписания временного тактического («джентльменского») соглашения	Сознание силы соперника, боязнь его могущества, недовольство, ощущение непредсказуемости
Партнерство	Согласование интересов, договор, основанный на равноправии сторон, осторожность во избежание возможного ущерба от чрезмерной откровенности	Полное признание равноправия, боязнь нарушить это равноправие
Содружество	Взаимное притяжение, уважение другого как самоценности, стремление к совместной деятельности на основе консенсуса	Доверие, симпатия, ощущение надежности

шифровывать собеседнику. Ведь в беседе необходимо понять не только произнесенные слова, но и их скрытый подтекст (который, как предполагается, понимают оба собеседника) и эмоциональное отношение к сказанному, выражаемое мимикой и жестами. Важно, чтобы все эти сигналы были восприняты правильно, иначе собеседник может получить полностью извращенное представление о предмете разговора.

Описание последствий непонимания — один из излюбленных приемов в литературе. Так, в пьесе Е. Шварца «Обыкновенное чудо» мы сопереживаем Эмилю и Эмилии, которые расстались из-за нелепой ошибки, когда Эмилия увидела, как Эмиль что-то нежно шептал своей партнерше в танце, хотя в действительности он просто считал ей: «Раз, два, три», чтобы она не сбивалась с такта. Другой пример трагического непонимания описан в романе Юкио Мисима «Жажда любви». Эцуко, умная и высокообразованная наложница богатого землевладельца, влюбленная в неотесанного молодого парня-крестьянина, настойчиво добивается его любви, выражая свою страсть в таких изысканных намеках, что они просто остаются незамеченными. Когда же сближение кажется возможным,

грубые притязания крестьянина так пугают ее, что, спасаясь от них, она не находит ничего лучшего, чем убить возлюбленного.

Известный специалист в области психологии межличностного общения Пол Вацлавик (род. 1921), сравнивая сознание человека с компьютером, выделяет в информационном потоке два пласта — ***цифровой*** и ***аналоговый***. Цифровая информация — это слова, которые можно записать на бумаге в соответствии с правилами грамматики. Аналоговая информация — это неоформленный поток образов (метасмысл), который подразумевается при общении, но не может быть адекватно выражен словами. Важность аналоговой информации становится нам понятна, когда мы пытаемся в письме выразить важные для нас чувства. Иногда даже письмо может стать причиной нелепой ссоры между людьми из-за разного понимания одних и тех же слов. Так, невинный комплимент «Ты сегодня прекрасно выглядишь» может быть понят превратно: «Обычно ты выглядишь ужасно». Особенно внимательно следует относиться к любым текстам, которые мы направляем коллегам и выдаем на руки больным. Указание странного научного термина несет во многих случаях пугающий метасмысл для неспециалиста, поэтому неплохо включить в заключение несколько слов, которые с формальных позиций не несут никакой информации, но оказывают эмоциональное воздействие. Например, диагноз лучше сформулировать так: «Данных за психическое заболевание нет. Отмечается обусловленная стрессом реакция в виде астении».

Важнейшим способом передачи метасмысла является невербальная (несловесная) коммуникация, проявляющаяся мимикой, жестикуляцией, позой, интонацией. Чрезвычайное внимание этим аспектам общения придается в концепции ***NLP — нейролингвистического программирования*** [Кэмерон—Бендлер Л., 1985]. Состояние человека и передаваемая им информация оцениваются в этой концепции через невербальные знаки.

Считается, что позы людей и их *положение в пространстве* могут выражать агрессию, страх, недоверие, сомнение. Обычно коммуникации мешают различные «барьеры»: сложенные на груди руки; сумочка, зажатая в руках; стол, стоящий между говорящими. Такие преграды защищают беседующих от тревоги, но мешают найти взаимопонимание. Поэтому беседу врача и больного лучше вести не через стол, а через угол стола, тогда начальную неловкость можно будет со временем снять, пододвинувшись в процессе разговора поближе и удалив все преграды. Чрезмерное приближение к больному также нежелательно. Считается, что вторжение в ближайшее пространство от тела человека (менее 40 см) невольно воспринимается как попытка агрессии или проявление сексуального

влечения, поэтому всегда вызывает страх. Такой же страх вызывает взгляд «глаза в глаза». Следует быть осторожным при необходимости сесть на постель больного, приблизиться или прикоснуться к нему, нужно обязательно попросить разрешения на это. Не следует начинать беседу с телесного осмотра, обнажать больного лучше частично и последовательно. Считается, что встреча проходит наиболее продуктивно, когда позы собеседников повторяют друг друга, как в зеркале.

Поза человека может быть также весьма красноречива. Прикосновение в процессе беседы к носу, губам, уху, брови, потирание века могут сигнализировать о сомнении, несогласии, неуверенности. Заметив такие жесты у пациента, следует спросить, не возникло ли у него вопросов по поводу только что сказанного, нет ли у него каких-нибудь сомнений или возражений. Врач также проявляет в позе свои чувства: например, неуверенность и раздумья врача пациент может заметить, если увидит, как тот теребит в руках карандаш, вытирает очки, мнет в руках сигарету или снимает пылинку со своего рукава. Свои намерения человек нередко выражает через поворот корпуса или выставленную вперед ногу. Так, человек, у которого ноги и тело направлены мимо вас и лишь лицо повернуто в вашу сторону, скорее всего, не желает продолжать разговор, потому что стремится в другом направлении.

Сторонники концепции NLP также говорят о разных формах передачи информации. Они выделяют три основных *канала доступа*: зрительный, слуховой, телесный (кинестетический). Постулируется, что в один и тот же момент преимущественно используется только один из каналов, разные люди предпочитают пользоваться разными каналами. Непонимание может возникнуть, если собеседники используют несовпадающие каналы общения. Так, человек, пользующийся *зрительным* каналом, склонен к раздумью и оперированию внутренними образами, в словах он описывает визуальные качества понятий («видеть», «взгляд», «яркий», «туманный», «перспектива»), его взгляд часто обращен вверх. Человек, пользующийся *слуховым* каналом, внимает словам собеседника, договаривается с ним, в словах он отражает качества звуков («голос», «тараторить», «скрипеть», «отчетливый», «оглашать»), его взор направлен прямо на собеседника. Использование *кинестетического* канала выражается во внимании к прикосновениям, запахам, внутренним ощущениям, в словах также описываются телесные чувства («чувствовать», «теплый», «нежный», «колкий», «свежий», «отталкивающий»), глаза при этом опущены. Примером несовпадения каналов общения может быть беседа пациента-пикника («Доктор, я чувствую себя неважно») и врача с преобладанием второй сигнальной системы («По вашим анализам этого не видно»). Чтобы наладить общение с пациентом, следует

попробовать обратиться к нему посредством разных каналов доступа (рассказать о болезни, показать анализы, погладить больное место).

Обычно люди не контролируют свои интонацию, позу, взгляд. Понимание невербальных знаков тоже осуществляется автоматически. Однако врачу, как актеру, приходится прикладывать специальные усилия, чтобы суметь скрыть некоторые свои чувства: скуку, раздражение, неуверенность, страх, усталость. Кроме того, анализ позы собеседника может дать полезную информацию для диагностики. Особого внимания заслуживает ситуация несовпадения (неконгруэнтности) слов пациента и невербальных знаков. Так, пациент, который, прощаясь, снимает пылинку со своего рукава и говорит: «Значит, до понедельника?», возможно, надеется на то, что следующая встреча не понадобится, или сомневается, придет он или нет.

Известный американский психолог, родившийся в Канаде, Эрик Берн (1910—1970), создал свою теорию общения (трансакций). Полемизируя с Фрейдом, он подчеркивал, что общение является одной из важнейших потребностей человека. Люди болезненно относятся к отсутствию коммуникации. Однако общение может иметь разный подтекст в зависимости от «коммуникационного состояния» (уровня), в котором оно осуществляется. Берн выделял 3 основных состояния: «Взрослый», «Дитя», «Родитель». В состоянии «Взрослый» человек стремится к разумному продуктивному сотрудничеству, он взвешивает свои слова в расчете на достижение определенного результата (получить надбавку к зарплате, сформировать вместе с женой бюджет, избавить больного от страданий). Состояние «Дитя» не предполагает никакого конечного результата, общение в этом случае нацелено на розыгрыш, развлечение, баловство, шутку, каприз. Состояние «Родитель» тоже алогично, но оно основывается на стремлении следовать традиции, правилам, ритуалам, даже если они лишены какого-либо смысла. Наилучшее понимание достигается, если собеседники выступают во взаимодополняющих состояниях (рис. 10.1, а). Так, замечание хирурга «Вы подали мне не тот пинцет» («Взрослый») предполагает взаимодополняющий ответ медсестры «Извините, вот тот, что Вы просили» («Взрослый»). А вот ответы со стороны «Дитя» («Вечно Вам не угодишь!») и со стороны «Родителя» («Василий Семенович всегда пользуется именно этим пинцетом») в данном случае наверняка приведут к нарушению коммуникации (рис. 10.1, б). Довольно часто в общении одновременно участвует два состояния, тогда возникает скрытый подтекст (метасмысл). Например, обращение врача к медсестре «Не хотели бы вы сегодня зайти ко мне и посмотреть коллекцию марок?» и ее ответ «Филателия — это моя страсть» явно имеют двойной смысл

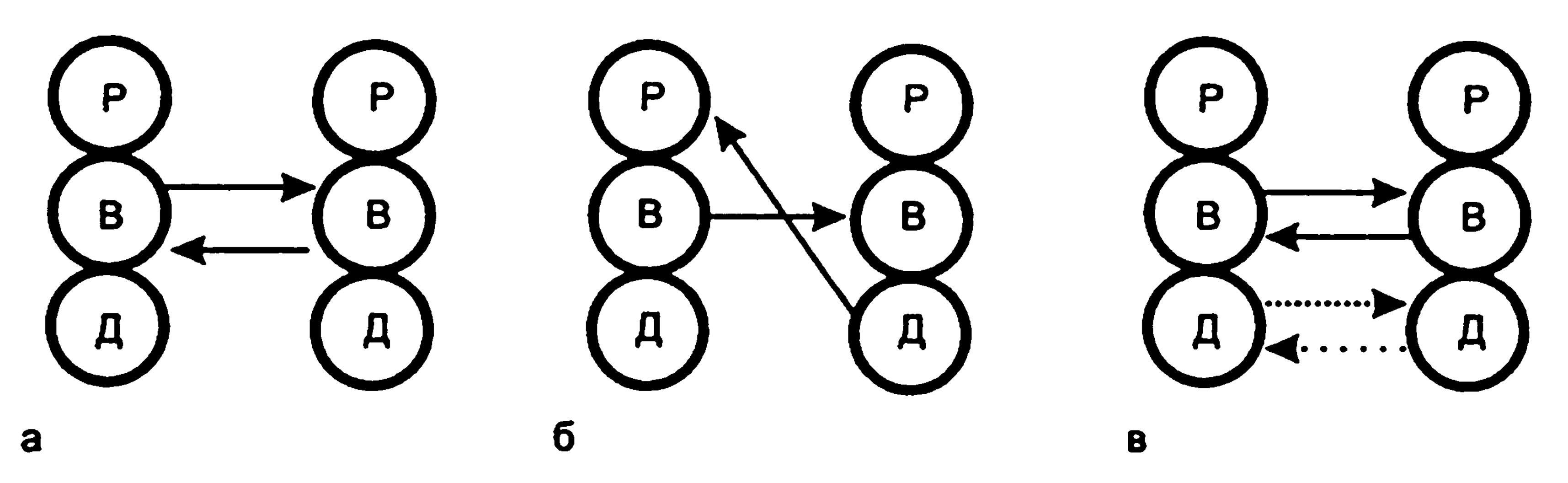


Рис. 10.1. Виды трансакций по Э. Берну.
а — взаимодополняющие; б — пересекающиеся; в — двойные. Обозначение коммуникационных состояний: Р — родитель, В — взрослый, Д — дитя.

(рис. 10.1, в). Скрытый розыгрыш, двойной смысл часто влияют на конечный результат общения и деятельности вообще. На двойных трансакциях основан феномен игры, подробно описанный в разделе 10.3.

10.2. Влияние на мнение других людей (сознательное и невольное)

Почти ежедневно врач сталкивается с необходимостью оказывать влияние на мнение пациентов и их родственников. Следует с осторожностью оценивать свою способность изменить взгляды и убеждения других людей. Известно, что многие установки взрослого человека настолько прочны, что никакие логичные аргументы не могут изменить их существенно. Люди часто склонны отфильтровывать предоставляемую им информацию и отбирать среди фактов только те, которые подтверждают их собственное мнение, а остальные игнорировать или воспринимать как ненадежные.

Позиция врача несколько отличается в этом смысле, поскольку данная профессия наделяет людей *авторитетом*, который очень важен для эффективного влияния на чужую позицию. Поддержание этого авторитета невозможно без совместных усилий всех медицинских работников. Поэтому так важно поддерживать коллегиальность в оценках действий коллег. Врач, во всеуслышание осуждающий неверные, по его мнению, действия другого врача, в первую очередь вредит своему собственному авторитету. Немаловажными для поддержания авторитета бывают внешний вид врача и устройство его кабинета.

Заботясь о повышении своего авторитета, легко совершить другую ошибку — проявить высокомерие и снобизм. Врач, кичащийся своей образованностью, богатством, выражающийся наукообразно, подчеркивает свое отличие от пациента, в то время как психологи замечают, что лучше удается убеждение,

сли оно исходит от человека, *похожего* на нас, понятного, простого, живущего той же жизнью, что и мы. Из педагогики также известны такие приемы убеждения, как многократное *повторение* одной и той же мысли, те положения, которые вы считаете особенно важными, следует произносить *медленно*, размеренно.

Значение специальных психологических техник для убеждения людей в первую очередь осознали специалисты, работающие в области бизнеса, менеджмента и рекламы. Чрезвычайной популярностью в этих сферах пользовались книги американца Дейла Карнеги (1888—1955). Сама структура написанных им книг четко отражает талант этого мастера убеждения: ведь довольно простые его советы *многократно* проигрываются на конкретных примерах, что позволяет в конце главы воспринять каждый совет как непререкаемую истину.

Советы Дейла Карнеги

Чтобы понравиться людям, надо:

- искренне интересоваться их делами
- улыбаться
- почаще произносить имя собеседника, помнить его и не ошибаться в написании
- быть терпеливым слушателем, поощрять людей говорить о себе
- говорить о том, что интересует собеседника
- искренне внушать собеседнику сознание его значительности

Чтобы склонить собеседника к вашей точке зрения, надо:

- уклоняться от спора
- никогда не говорить человеку, что он не прав
- быстро и решительно признавать свою неправоту
- с самого начала беседы придерживаться дружелюбного тона
- сразу же подчеркнуть принципиальное сходство ваших позиций, постараться добиться, чтобы собеседник сказал «да»
- предоставить собеседнику возможность говорить большее время
- убедить его, что данная мысль принадлежит ему самому
- стараться рассматривать вопрос с точки зрения собеседника
- проявлять внимание и сочувствие к мыслям и желаниям других
- призывать к благородным чувствам собеседника
- преподносить свои мысли драматично, эмоционально
- бросать вызов, задевать за живое, апеллировать к силе и смелости партнера

Избежать чувства обиды от просьбы или порицания у собеседника можно:

- предварив порицание похвалой
- избегая прямого упрека в ошибке, выражаясь косвенно
- сославшись на свои собственные ошибки
- выражая распоряжение в форме вопроса или раздумья
- предоставляя людям возможность спасти свой престиж
- стараясь быть щедрым на похвалу, одобряя любую удачу человека
- заботясь о создании собеседнику наилучшей репутации
- уверяя человека в том, что то, что вы ему поручаете, вовсе не трудно
- подчеркивая, что вы просите его об услуге, которая важна для вас лично

Нам кажется, что почти каждый из данных советов может оказаться полезным. Исключение составляет рекомендация всегда улыбаться. Подчеркнутое дружелюбие и улыбка не всегда уместны на врачебном приеме. Эрик Берн специально оговаривал, что при первой беседе с больным он никогда не улыбается и не пожимает руки пациенту, поскольку не знает, каково положение его дел. Однако в конце беседы, если пациент почувствовал надежду и хорошую перспективу, улыбка и крепкое рукопожатие будут вполне уместны.

Особенно важно обратить внимание на совет предоставить больному больше возможности говорить самому. К сожалению, врачи часто считают, что они будут более убедительны, если станут перебивать пациента и указывать на его ошибки. С точки зрения Карнеги, эта тактика непродуктивна. Если не выслушать пациента, то невозможно оценить, какие из аргументов будут для него наиболее вескими. Больной сам сообщает вам то, что он хотел бы обсудить; это и должно быть основным лейтмотивом беседы. Например, бессмысленно доказывать необходимость операции, исходя из опасности болезни, если сам пациент более всего озабочен косметическим дефектом, который может быть вызван операцией. Также неверно игнорировать вопрос больного о рекомендуемой диете, если врач считает, что основным способом лечения будет не диета, а лекарства.

Карнеги особенно подчеркивает непродуктивность споров. Противопоставление мнений приводит только к тому, что каждый из собеседников старается любыми способами выиграть в споре, а не обнаружить истину. Для создания взаимопонимания важнее подчеркнуть общность ваших позиций, обнаружить то, что вас объединяет, разрешить собеседнику считать, что наиболее ценные мысли были предложены им самим. Забота об авторитете и хорошей репутации собеседника всегда

будет положительно оценена им, в ответ он постарается отблагодарить вас сочувствием и поддержкой.

Важно помнить, что при всем значении логики убеждение в первую очередь основано на эмоциях. Поэтому свою мысль нужно преподносить в драматичной, эмоциональной манере. На эмоции страха за будущее можно основать необходимость срочного лечения, в красках рассказывая о том, к каким ужасным последствиям может привести отсрочка. На эмоции гордости за себя основан призыв к благородству, Так, к пациенту не отпускающему ни на минуту от себя родственников и медсестер, можно обратиться с призывом проявить стойкость и благородство, подумав о сохранении здоровья близких, превозмогая собственные боль и страх. Наконец, можно немного подзадорить пациента, выразив сомнение в том, что он действительно сможет справиться с той задачей, которую вы перед ним ставите. Так, возбудимые и демонстративные личности охотно возьмутся за выполнение трудного задания. Но этот совет следует применять осторожно: ведь тревожно-мнительного пациента трудное задание скорее отпугнет.

Также не стоит бояться проявить собственную слабость, обращаясь к пациентам с личной просьбой об услуге. Часто пациенты соглашаются выполнить для врача такое, что они наотрез оказывались делать по просьбе родственников или младшего медицинского персонала. Добрая просьба всегда рождает в человеке высокие, благородные чувства, которые приносят каждому из нас столько приятных мыслей о самом себе.

Не следует забывать о том, что врач может сам стать *объектом манипуляции* (со стороны коллег, пациентов, их родных). Наиболее склонны к манипулированию другими людьми демонстративные и застревающие личности. Манипуляция часто бывает основана на лести, подчеркивании особых душевных отношений, дружелюбия. Поэтому для защиты от манипуляции следует с большой осторожностью относиться к похвалам, соблюдать определенную дистанцию с пациентом, не давать ему проникать во внутренний мир врача. Для защиты от манипуляции иногда рекомендуют и некоторые парадоксальные техники (см. раздел 13.1). В частности, появление в речи неожиданных, непредсказуемых высказываний, шутки, розыгрыша часто сбивает манипулятора с толку и лишает его прочной позиции. Другой прием — это продемонстрировать непонимание и заторможенность (может быть, даже туповатость), т. е. попросить повторить еще раз сказанное; заметить, что не все ясно; попросить перечитать принесенные бумаги; сказать, что так болит голова, что не получается понять, что именно от вас хотят.

Внушение (суггестия), основанное на эмоциональном воздействии слов врача, широко используется для психотерапевтического лечения (см. раздел 13.1). Однако часто слова ока-

зывают на пациента пугающее влияние. Наибольший страх вызывают непонятные медицинские термины, поэтому любое свое медицинское заключение следует сопровождать понятным для пациента объяснением. Особой ранимостью и впечатлительностью отличаются демонстративные и тревожно-мнительные личности. Так, рассказ об опасном заболевании может вызвать у демонстративного человека функциональное расстройство с симптомами этой болезни, а у тревожно-мнительного — навязчивый страх заболеть. Сообщая пациенту диагноз, нужно объяснить ему вероятный исход болезни, сложности, которые она может внести в его жизнь, и сразу же обнадежить его возможностью благоприятного исхода, подчеркнуть, что врачи могут помочь ему. Если мы желаем избежать ненужного действия внушения, то следует тщательно подбирать слова в разговоре с пациентом, избегая тех выражений, которые несут в себе яркий эмоциональный заряд («рак», «венерическое заболевание», «плохая наследственность», «инвалидность», «импотенция» и пр.).

В медицине очень сложно бывает отличить эффект, вызванный химическим действием лекарства, и действие, обусловленное внушением,— ***плацебо-эффект***. В качестве иллюстрации можно указать на исследование, в котором сравнивали эффективность одного и того же транквилизатора при тревожных состояниях в зависимости от того, какого цвета была оболочка таблетки. Оказалось, что хотя все больные получали одинаковую дозу оксазепама, таблетки красного цвета помогали существенно хуже, чем зеленые и желтые, причем эффект желтых таблеток оценивался пациентами в основном как снотворный, а зеленых — как успокаивающий. Влияние психологических факторов на результат лечения определяет необходимость проведения *двойного слепого плацебо-контролируемого исследования* (т. е. испытания, в котором не только больной, но и врач не знает, какое средство получает пациент) для определения эффективности лекарств. Знакомство с результатами таких испытаний позволяет врачу избежать *самообмана*. К сожалению, опыт показывает, что многие предпочтения врачей в выборе лекарств и методов лечения основаны на случайных наблюдениях и не подтверждаются учеными.

Иногда врачи назначают больному плацебо для того, чтобы уточнить диагноз, предполагая, что плацебо-эффект особенно выражен при функциональных и психогенных расстройствах (например, при истерии). Однако мы считаем такой подход неверным, поскольку плацебо-эффект испытывают на себе все пациенты вне зависимости от диагноза заболевания. Более того, следует утверждать, что плох тот врач, чье слово не усиливает действие назначаемых им лекарств. Несколько меньше других к плацебо-эффекту склонны интровертированные и дистимические личности.

Невольное влияние на пациента может помешать правильному установлению диагноза. Внушение (суггестия) почти всегда заключено в задаваемых больному вопросах. Эрнст Кречмер, обсуждая эту проблему, проанализировал четыре варианта вопросов с разной степенью суггестивности:

1. Пожалуйста, расскажите, что вас сюда привело *(без суггестивного оттенка)*
2. Испытываете ли вы какое-нибудь недомогание, боли, одышку или нет? *(альтернативный)*
3. Испытываете ли вы боль за грудиной? *(пассивно-суггестивный)*
4. Не правда ли, у вас часто бывает боль за грудиной *(активно-суггестивный)*

Идеальными для решения сложной экспертной задачи считаются вопросы, *лишенные суггестивного оттенка*. Они заставляют больного описать все расстройства так, как он их чувствует. В случае симуляции эти вопросы мешают пациенту следить за ходом мышления врача, а значит не позволяют манипулировать им. Однако такие вопросы требуют от больного большей активности и способности к образному выражению его мыслей. Во многих случаях для сокращения времени, отведенного на беседу, а также для уточнения полученных данных следует использовать вопросы, основанные на выборе *(альтернативе)*. Такой вопрос допускает как выбор одного из симптомов, так и отрицание наличия какого-либо из них. Особенно это полезно при опросе людей с примитивным мышлением, не умеющих сформулировать свое мнение.

Пассивно-суггестивный вопрос считается *наихудшим* из всех вариантов. Ответ на такой вопрос очень трудно оценить. Утвердительный ответ может быть как отражением реальной ситуации, так и проявлением равнодушия и пассивности, когда пациент отвечает «да» на все вопросы подряд. Иногда уверенный тон врача может заставить больного задуматься и обнаружить у себя такое явление, которое в действительности его никогда не беспокоило. Симулянт, отвечая на пассивно-суггестивный вопрос, получает возможность понять, какие именно симптомы интересуют врача.

Активно-суггестивный вопрос, как это ни странно, более полезен, чем предыдущий. Он хорош в том случае, когда вы пытаетесь доказать отсутствие называемого в нем симптома. Например, невропатолог, знающий, что боль при ишиасе усиливается при выпрямлении конечности, заявляет: «Не правда ли, когда вы поднимаете выпрямленную ногу, то становится не так больно?». Пациент, действительно страдающий ишиасом, начинает возражать и говорить, что это не так, а человек с истерической конверсией или симуляцией часто подтверждает слова врача.

В заключение следует отметить, что человек, владеющий искусством влияния на мнение других людей, не имеет права забывать о моральной стороне такого умения. Главным принципом здесь остается традиционный призыв: «Не навреди!». Известно, что врач как лицо, наделенное особой ответственностью и высоким авторитетом, может повлиять на многие решения пациентов, определяющие их жизнь. Здесь легко перейти грань дозволенного, почувствовав свое всемогущество. Решение об определяющих жизнь поступках (о проведении операции, вступлении в брак, разводе, рождении ребенка или об аборте и пр.) человек должен принимать только сам. Высказывая свою точку зрения, необходимо проявить уважение к интересам и личным мотивам пациента. Это не значит, что врач должен отказываться от обсуждения этих вопросов с больным, однако он не имеет права давать категоричных советов и игнорировать аргументы собеседника.

10.3. Понятие игры, ее роль в медицинской практике

Профессия врача допускает его к весьма интимным аспектам жизни пациентов, а это значит, что он может оказаться вовлеченным в сложное переплетение взаимных манипуляций. Такие ситуации были подробно описаны Эриком Берном под названием **«игра»**.

В концепции Эрика Берна игра сравнивается с четырьмя другими формами общения (структурирования времени).

Средства структурирования времени по Эрику Берну:

- ***процедура*** — сознательное или автоматизированное взаимодействие, характеризующееся целесообразностью и эффективностью
- ***ритуал*** — не предполагающее какого-либо эффекта действие, лишенное подтекста и определяемое традицией
- ***времяпрепровождение*** — также не нацеленное на эффект свободное, откровенное взаимодействие, предполагающее скрытый подтекст, безобидную шутку, освобождение от обыденности жизни
- ***близость*** — наиболее откровенный свободный стиль общения, основанный на взаимном притяжении и ответственности, выражающийся скорее подтекстом, чем словами
- ***игра*** — сложная система взаимных манипуляций, лишенная откровенности, нацеленная не на материальный эффект, а на эмоциональное вознаграждение (выигрыш)

Процедуры служат основой любой профессиональной деятельности. Сознание поставленной цели помогает человеку в

процессе общения преодолеть все препятствия и получить желаемый эффект (вору — украсть, милиционеру — поймать преступника, врачу — вылечить, больному — выздороветь). *Ритуалы* определяются традицией, освобождают людей от тревоги и неловкости в психологически сложных ситуациях (встреча с малознакомыми людьми, свадьба, похороны). Ритуал приносит облегчение в том случае, когда все происходит точно в соответствии с намеченным планом. *Времяпрепровождение* (вечеринка, приятная болтовня между друзьями, совместное посещение любимых зрелищ), напротив, должно отличаться неожиданностью, новизной, оно дает человеку приятное чувство свободы, спасает от скуки. Приятной стороной времяпрепровождения является откровенность, однако отсутствие взаимной ответственности приводит к тому, что одинокие люди, вернувшись с вечеринки, нередко еще более остро переживают свою ненужность и отстраненность.

В профессиональной деятельности врача можно наблюдать все перечисленные формы общения. Так, врачебный прием, операция, разговор с родственниками чаще всего являются процедурами, чаепитие и сплетни сотрудников в перерывах — времяпрепровождением, а ежедневные «пятиминутки» и административные обходы — чаще всего ритуалами.

С точки зрения Берна, наиболее приятна для людей *близость*. Откровенность в данном случае сочетается со взаимной ответственностью, вознаграждением за это бывает чувство жизни, наполненной смыслом. К сожалению, многие люди остерегаются ответственности, считают ее непосильным бременем для себя, и это мешает им пережить действительно близкие чувства. Примером настоящей близости могут быть отношения между любящими супругами, естественные, откровенные отношения между членами одной семьи, взаимная самоотверженность в дружбе.

Игра представляет собой довольно противоречивый вариант общения. Стремление к откровенности и близости декларируется участниками игры, однако подсознательно они делают все, чтобы близость не была достигнута. Важно отметить, что игра невозможна в одиночку. В любой игре все ее участники имеют свои скрытые мотивы и действуют в расчете на некий эмоциональный выигрыш (чувство превосходства). Следует подчеркнуть, что такой выигрыш, с другой стороны, можно оценивать и как проигрыш, поскольку играющие лишают себя возможности достигнуть близости (и вообще какого-либо конкретного эффекта, кроме краткого торжества победы).

В какой-то мере понятие игры можно рассматривать как аналог психологических защит (см. раздел 9.2) в области межличностных отношений. Как и защитные механизмы, игры спасают человека от сознания убожества своего существова-

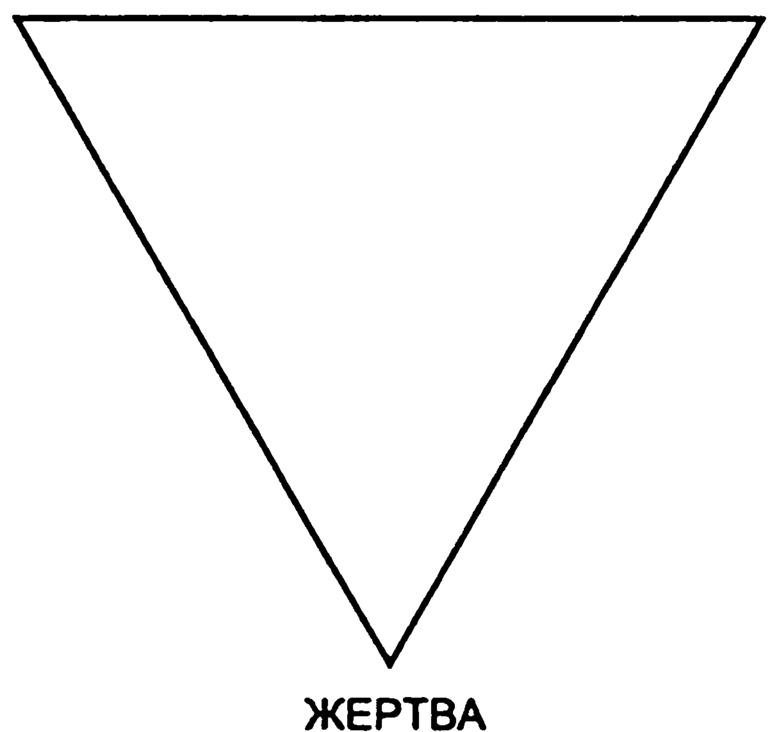


Рис. 10.2. Треугольник Карпмана.

ния (отсутствие семейного счастья, одиночество, неинтересная работа, отсутствие успеха), однако в то же время они мешают предпринять какие-либо действия для того, чтобы изменить свою судьбу. Боязнь осознать феномен игры связана с тем, что прекращение игры означает необходимость принятия чрезвычайно ответственного решения. Например, осознание несчастья в браке означает необходимость развода, осознание профессиональной неудовлетворенности означает необходимость смены профессии. Боязнь такой ответственности заставляет людей вновь и вновь продолжать игру, которая начинает определять всю судьбу человека. Вмешательства других людей (психотерапевта, наставника, школьного учителя, милиционера) часто не могут прекратить игру, поскольку игроки, пытаясь исправить положение, лишь меняются ролями, но не прекращают играть.

Считают, что игры лежат в основе сохранения некоторых несчастных семей, в которых отсутствует близость. Типичная ситуация может быть представлена схемой, предложенной С. Карпманом (рис. 10.2). В этой схеме показаны основные роли, которые могут выбрать супруги, их дети, живущие с ними престарелые родители. Каждый из участников игры обманывает себя, считая, что получает желаемое, а в действительности все живут в условиях отсутствия близости и откровенности. Обращаясь к литературным примерам, можно вспом-

нить роман Л. Н. Толстого «Анна Каренина», где Долли (Притеснитель) пытается разорвать со Стивой (Жертва) из-за его бесконечных измен, и вмешательство Анны (Спаситель) скорее помогает им продолжить игру (поменяться ролями), чем достигнуть счастья.

А вот пример из медицинской практики. Появление в семье сына-наркомана (Жертва) часто сочетается с самоотверженной ролью матери (Спаситель) и наказующей ролью отца (Притеснитель). При этом сын пользуется любовью матери для того, чтобы выманивать у нее деньги на наркотик, и демонстрирует подчинение отцу, чтобы фактически уйти от контроля и наказания. Продолжение игры не приводит к выздоровлению семьи. Вмешательство обстоятельств может поменять участников ролями. Так, распоясавшийся сын (стал Притеснителем) может украсть деньги у отца (стал Жертвой), а мать (Спаситель) теперь отдает свою любовь не сыну, а мужу.

Семейные скандалы почти всегда несут в себе элемент игры, поскольку, хлопнув дверью и разойдясь по разным комнатам, каждый из супругов внутренне радуется тому, что заставил своего соперника проявить худшие свои качества, т. е. доказал свое преимущество. Однако при этом оба они лишили себя любви и близости. Другими примерами семейных игр являются бесконечные взаимные упреки «Как я несчастна...», «Если бы не ты...» или «Посмотри, что я из-за тебя сделал...». Нередко сексуальная дисгармония в семье также связана с игрой («Ты меня не любишь, тебя интересует только секс»). Прекращение игры в этом случае могло бы установить мир в семье, но могло бы и привести к разводу, тогда у каждого появляется шанс создать более счастливую семью.

Довольно часто игры лежат в основе низкой профессиональной эффективности и конфликтов в трудовом коллективе. Одну из таких игр можно назвать «Растяпа». В ней подчиненный постоянно совершает ошибки, просчеты и явные нарушения дисциплины (опаздывает на работу, плохо ведет записи в истории болезни, неправильно выписывает листок нетрудоспособности). При этом он каждый раз просит прощения. Начальник обрушивается на него с угрозами и руганью, а затем, выслушав извинения и видя демонстрируемую покорность, прощает виновного, требуя, «чтобы это было в последний раз». Таким образом, вместе с прощением виновник получает возможность вновь ошибаться и совершать проступки.

Игры нередко можно наблюдать на приеме у врача. В этом случае они становятся причиной бессмысленной траты времени и низкой эффективности лечения.

Типичная игра «Почему бы вам не..? Да, но...» заключается в том, что врач дает советы пациенту, которые тот выслуши-

вает с благодарностью, но каждый раз находит причину, почему именно ему этот совет не годится. Скорее всего, такой пациент не нуждается ни в каких советах, а просто получает удовольствие от того, что ставит врача в затруднительное положение. Врач, который продолжает в этом случае придумывать новые советы, принимает правила игры и силится доказать свою эрудицию и умение придумать такое средство лечения, которое подойдет даже такому сложному пациенту. Скорее всего, ему это не удастся. Лучше прекратить игру, заявив: «Мне кажется непродуктивной наша беседа. Боюсь, что между нами не сложилось достаточного доверия, поэтому я рекомендую вам обратиться к другому врачу». Такая фраза должна привести к прекращению беседы. Если пациент начнет опровергать эту фразу и врач поверит в его откровенность, то игра продолжится вновь.

Восхваление врача: «Ах, профессор, вы просто великолепны!» чаще всего тоже является игрой. Оно вовлекает врача в напрасные попытки демонстрации своего высокого статуса. Даваемые им советы при этом либо не выполняются, либо почему-то не приводят к желаемому результату. С психологической точки зрения это можно объяснить тем, что пациент, восхваляющий доктора, вероятнее всего, ищет не излечения, а либо повышения собственного статуса («Вы знаете, у кого я консультировался?!»), либо удовольствия от выигрыша над самодовольным профессором («Вот оно, твое лечение!»). Врач также играет, так как не хочет замечать бессмысленности своих советов и пытается доказать свою полезность людям («Я просто пытаюсь вам помочь»).

Также неприятно оказаться в ситуации игры, когда пациент предупреждает вас о намерении быть с вами исключительно откровенным («Доктор, я хотел бы рассказать вам о самом сокровенном!»). Скорее всего, за таким предупреждением последуют банальные истории, как правило, выдуманные. Этим пациент пытается привлечь внимание к уникальности своей личности, скрывая от врача основную причину страдания, а именно серость и убогость своей жизни. Истинная откровенность (близость) между людьми возникает без какого-либо предупреждения.

Справедливости ради следует сказать, что не все игры приводят к столь плачевным результатам. Так, безобидные игры «Они будут счастливы, что знали меня», «Что хорошего я сделал, чтобы заслужить все это?», «Местный мудрец» заставляют человека во имя поддержания своего доброго имени совершать массу услуг и добрых дел, осваивать новые умения, накапливать бесчисленные знания, которые, впрочем, он редко может применить на практике. Все это нередко спасает человека от сознания одиночества и обыденности, но мешает ему изменить в корне свою жизнь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы: Пер. с англ.— СПб.: Лениздат, 1992.

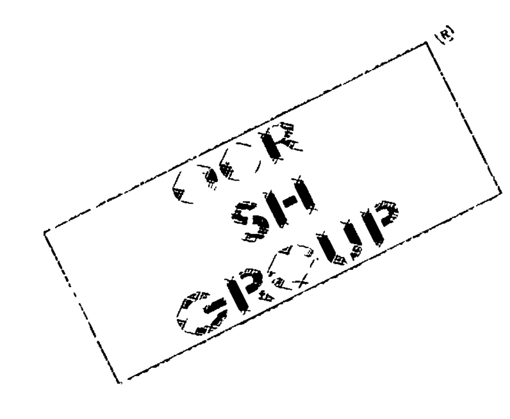
Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций: Пер. с англ.— СПб.: «Речь», 2000.

Доценко Е. Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита.— М.: ЧеРо, 1997.

Карнеги Д. Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей: Пер. с англ.— М.: Прогресс. 1989.

Кречмер Э. Медицинская психология // Кречмер Э. Строение тела и характер.— М.: Педагогика-Пресс, 1995.— С. 5—328.

Уикс Д. Р., Л' Абат Л. Психотехника парадокса.— М.: Маркетинг, 2002.



Глава 11 ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

11.1. Понятие внутренней картины болезни и ее диагностика

Беседуя с пациентом, собирая информацию о болезни, обсуждая тактику лечения, не следует забывать, что врач и пациент рассматривают недуг с различных позиций. Это часто становится препятствием в достижении взаимопонимания, приводит к неудовлетворенности результатами лечения, а иногда и к ухудшению состояния здоровья.

Позиция больного отличается тем, что только он испытывает те ощущения (боли, неудобство, зуд), которые вызываются болезнью. Кроме того, он не может относиться к болезни равнодушно, поскольку чувствует угрозу и ущемление его базовых потребностей. Каждый пациент также имеет свой уникальный жизненный опыт, индивидуальный багаж знаний, выработанных в юности убеждений и заблуждений, набор привычных стратегий преодоления стресса. Все это заставляет его сформировать свою собственную позицию по отношению к расстройствам здоровья, которую мы называем внутренней картиной болезни (рис. 11.1).

Внутренняя картина болезни — это сугубо индивидуальная система ощущений, эмоциональных переживаний и мыслей (суждений), определяющих отношение больного к нарушению здоровья и связанное с ним поведение.

Понятие «внутренняя картина болезни» ввел известный российский терапевт Роман Альбертович Лурия (1874—1944), который отталкивался от работ А. Гольдшейдера об «аутопластической картине болезни». Эти авторы пытались, с одной стороны, подчеркнуть субъективизм восприятия человеком своей болезни, ее опасности и последствий, а с другой — обратить внимание на то влияние, которое психологическое отношение к болезни оказывает на ее течение. Р. А. Лурия призывал к осторожности как в оценке жалоб больных, так и в обсуждении с пациентом его заболевания, поскольку неточное, окрашенное субъективными эмоциями восприятие слов врача может ухудшить состояние пациента и даже стать причиной психического расстройства (ятрогении*). Внутренняя (аутопластическая) картина болезни противопоставляется *аллопластической картине* расстройства, суммирующей ее объектив-

* От греч. iatros — врач.

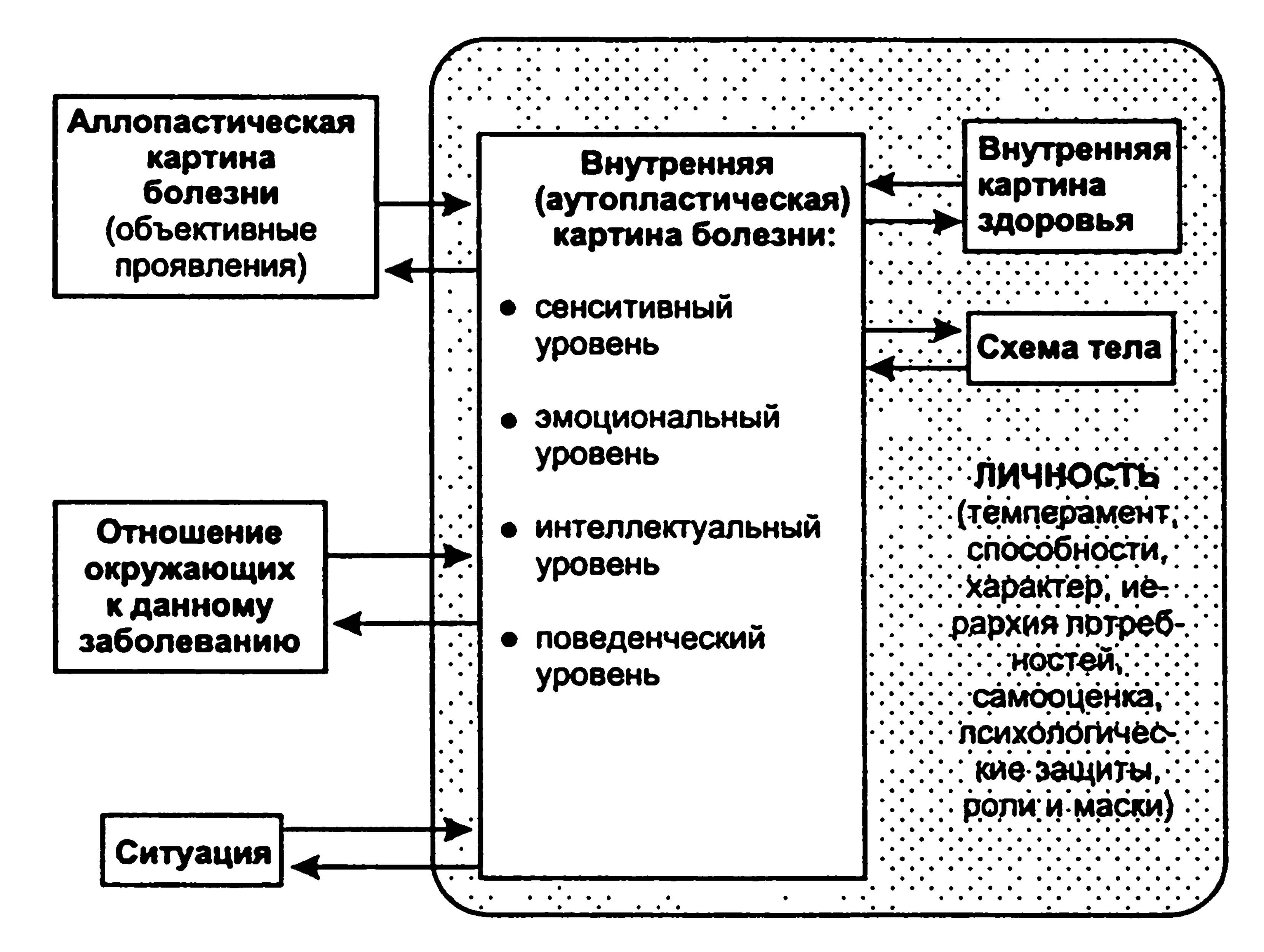


Рис. 11.1. Структура понятия «внутренняя (аутопластическая) картина болезни».

ные проявления, которые можно исследовать с помощью специальных медицинских методов и приборов.

Принято выделять несколько уровней в восприятии человеком болезни. ***Сенситивный уровень*** предполагает наличие болезненных ощущений (слабость, тошнота, головокружение, боль и пр.). Важно понимать, что для каждого человека характерен свой индивидуальный порог восприятия. Одинаковые изменения во внутренних органах могут сопровождаться у разных пациентов совершенно несхожими ощущениями. Достаточно упомянуть, что родильницы очень по-разному описывают болевые ощущения во время родов, некоторые заявляют, что не почувствовали почти ничего неприятного. Назначаемые лекарства (анальгетики) могут существенно повлиять на болезненные ощущения и на время изменить отношение человека к расстройству. Так, больные с инфарктом миокарда, напуганные внезапной болью и испытывающие страх за свою жизнь, часто становятся излишне беспечными после назначения обезболивающих, считают, что опасность миновала, перестают выполнять требования врачей. Иногда болезнь протекает без очевидных ощущений (латентный период, ремиссия). Это не значит, что больные в данный момент считают себя здоровыми, поскольку они могут оценивать болезнь на других уровнях.

Эмоциональный уровень отражает общее чувственное впечатление от ситуации, вызванной болезнью. Так, разными пациентами появление симптомов может восприниматься не только как угроза, вызов, утрата, но и как наказание или даже выигрыш (избавление). Так, одна женщина задержку месячных будет воспринимать как шанс обрести желанного ребенка, а другая — как досадное препятствие или как наказание за неосторожность. Появление после этого кровотечения для первой женщины будет означать утрату иллюзий, а для второй — избавление. Так же будет радоваться школьник, который перед сложной контрольной обнаружит, что у него поднялась температура и появились высыпания на теле. А вот при депрессии эмоции являются практически основным и единственным ведущим проявлением болезни. Пессимизм, чувства непоправимой утраты и бесперспективности возникают у таких пациентов без какой-либо органической причины.

Интеллектуальный уровень предполагает логическую оценку ситуации болезни с позиции имеющихся знаний, опыта, интеллектуальных способностей. Особенно заметна разница в отношении к болезни взрослых, обремененных опытом и знаниями, и детей, для которых болезнь, не вызывающая неприятных ощущений, всегда кажется менее опасной. Важным фактором, влияющим на отношение к болезни, считается медицинская информация, распространяемая на телевидении, почерпнутая из специальной литературы, найденная в аннотациях к купленным лекарствам. Это накладывает на составителей такой информации особую ответственность. Грубым нарушением моральных принципов следует считать распространение с рекламными целями недостоверных, неподтвержденных или эмоционально искаженных сведений медицинского характера. Личный жизненный опыт тоже во многом определяет позицию больного по отношению к расстройству. Так, дочь больного, умершего от рака легких, как катастрофу будет воспринимать прожилки крови, появившиеся у нее в мокроте, хотя действительной их причиной может быть банальный трахеит.

Поведенческий уровень выражается в действиях, которые предпринимает или планирует предпринять больной в связи с наличием расстройства. Так, одного пациента болезнь заставляет активно искать способы лечения и защиты от неприятных последствий, другого — парализует: у него опускаются руки и он безропотно ждет конца, третьего — оставляет равнодушным, и он продолжает заниматься тем, что его интересовало до болезни. На поведение человека в какой-то мере влияют сложившиеся обстоятельства, мнение окружающих, советы врача, однако в наибольшей степени его поступки определяются его личностью и сложившейся системой стратегий преодоления стресса (см. главу 9). Действия и советы врача

пациент будет сравнивать со своим представлением о том, как надо действовать в данной ситуации (*внутренняя картина процесса лечения*). Так, например, больная вряд ли согласится, что из-за небольшой опухоли в грудной железе нужно удалять всю грудь, да еще часть мышц в придачу. Также больному трудно понять, что при некоторых травмах лучше не спасать поврежденный глаз, а удалить его.

Отношение человека к болезни нельзя рассматривать в отрыве от его отношения к здоровью, поэтому для оценки позиции пациента важно проанализировать **внутреннюю картину здоровья**. Это понятие также можно рассматривать с сенситивной, эмоциональной, интеллектуальной и поведенческой сторон. Так, человек может не придавать существенного значения головным болям, появившимся в конце рабочего дня, так как он считает вполне нормальным, что удачный рабочий день может вызвать некоторую усталость и неудобство, соответственно такой человек, вероятнее всего, не будет интересоваться уровнем артериального давления, хотя в действительности оно может быть существенно повышено. А вот пациентка, заинтересованная в поддержании стройности, может быть напугана, если при росте 170 см она обнаружит, что масса ее тела более 50 кг, будет принимать специальные средства для похудания, соблюдать диету и мучить себя физическими упражнениями. Люди по-разному относятся к имеющемуся у них здоровью: одни предпринимают неимоверные, часто тщетные усилия для его поддержания (особенно это свойственно застревающим личностям), другие проявляют беспечность, не задумываясь о последствиях, злоупотребляют едой, алкоголем, курением.

Не следует забывать, что в отличие от врача пациент имеет весьма смутное представление об анатомическом строении своего тела. Он пользуется собственной **«схемой тела»**, весьма отличной от реальности. Любые изменения, отличные от сложившегося представления о своем теле, могут напугать и расстроить человека. Особенно это заметно по поведению подростков в период пубертата, когда девушек пугают растущая грудь и появление месячных, а мальчиков беспокоят рост волос на лобке, изменение пропорций тела и появление эрекций. Внутренние ощущения больные также могут объяснять исходя из неверных представлений. Так, боли в грудной клетке часто рассматриваются как признак заболевания сердца, и пациент бывает искренне удивлен, если врач утверждает, что их причина заключена в поражении позвоночника. Значение многих органов (селезенки, надпочечников, щитовидной железы, лимфатических узлов и пр.) для большинства обывателей вообще является загадкой.

Приведем пример весьма своеобразного представления пациента о работе внутренних органов.

Мужчина 46 лет, инженер-физик, женат, имеет взрослую дочь. Около 5 лет назад увлекся системой оздоровления по Порфирию Иванову. В соответствии с этой системой регулярно обливался ледяной водой, бегал трусцой, иногда голодал по 2—3 дня. В последние 2 мес в связи с ухудшением самочувствия и появлением болей и чувства пульсации в голове решил повысить физическую нагрузку, совершал упражнения с гирями. Поскольку это не помогло, начал читать медицинскую литературу и обнаружил у себя нефрит. Обосновывал свою точку зрения тем, что в книге говорилось, что нефрит возникает от переохлаждения и физической нагрузки. Другим доказательством наличия нефрита считал то, что у него «нарушена система выделения»: например, после еды пища долго задерживается в желудке, часто наблюдается запор. После разговора с врачом осознал свою ошибку и убедился, что у него «вегетососудистая дистония». Понял это потому, что прощупал увеличенные узлы под нижней челюстью.

Интересно, что каждый человек имеет свое представление о том, какие органы являются более важными, а какие играют второстепенную роль. Часто это связано с профессией человека (так, пианист бережет свои руки, балерина — ноги, артист — лицо и горло, а летчик знает, что болезни сердца и глаз лишат его возможности летать). Иногда важнейшими считаются органы, которые были поражены у умерших близких. Больному алкоголизмом всегда интересно, что происходит с его печенью. Люди проявляют особое внимание к работе органов, которые они считают более важными, часто бывают напуганы даже несущественными отклонениями в работе этих органов, ищут помощи у врачей, остаются глухи к разубеждению и словам поддержки.

Внутренняя картина болезни может сложиться у человека, у которого нет никаких существенных изменений во внутренних органах (**фиктивная внутренняя картина болезни**). Это может быть результатом ложных болезненных ощущений: например, при психических заболеваниях больные иногда жалуются на странные ощущения внутри тела (сенестопатии): скручивание кишок, размягчение костей, щекотание в мозжечке, примагничивание сердца. Фиктивная модель болезни может также быть основана на неверной трактовке информации: так, больной может ошибочно считать температуру 37 °С признаком болезни. Часто причиной ошибок в оценке своего здоровья становится избыточная тревожность, особенная склонность к поиску у себя различных расстройств (ипохондрия) отличаются люди с тревожно-мнительным (педантичным) характером. Наконец, больной может просто выдумать несуществующую болезнь (симуляция), если сочтет, что это ему полезно (см. раздел 11.2).

Что же важнее для врача: знать об объективных изменениях во внутренних органах (аллопластическая картина болезни) или прочувствовать субъективный мир переживаний больного в связи с возникшими нарушениями здоровья (аутопластиче-

ская картина болезни)? Единственно правильный ответ: одинаково важно и то, и другое! Во-первых, многие симптомы не могут быть установлены с помощью объективных средств. Так, описание болей, изучение болевой чувствительности, измерение слуха и остроты зрения невозможны без оценки субъективных ощущений человека. Во-вторых, многие находки, сделанные с помощью объективных методов, могут никак не влиять на состояние здоровья пациента. Известно, например, что остеохондроз, пролапс митрального клапана, увеличение щитовидной железы и пр. у многих людей не проявляются никакими симптомами и не нарушают адаптации. А у людей, перенесших инфаркт миокарда, изменения на ЭКГ сохраняются до конца жизни, даже если у них не обнаруживается обострения заболевания. Часто нарушения работы внутренних органов возникают вторично вследствие тягостного психологического состояния: так, тревога и депрессия часто сопровождаются повышением артериального давления и тахикардией.

Наиболее точное представление о болезни врач получит, сопоставляя объективные находки с субъективным их описанием. Несоответствие между жалобами и объективными сведениями может помочь врачу либо обнаружить собственную ошибку в диагностике, либо обосновать наличие у пациента психического расстройства, либо подтвердить факт симуляции. Точное понимание внутренней картины болезни помогает удовлетворить именно те потребности больного, которые в наибольшей степени были ущемлены болезнью. Так, для женщины и подростка на первом месте может стоять сохранение привлекательной внешности. Игнорирование этого факта может закончиться конфликтом с врачом, официальной жалобой или даже самоубийством пациента.

Все это определяет необходимость наряду с принятыми для каждой специальности диагностическими приемами обязательно проводить исследование внутренней картины болезни.

Для **диагностики** внутренней картины болезни рекомендуется задать больному несколько дополнительных вопросов, касающихся его отношения к имеющимся расстройствам:

- Что вы сами думаете о своей болезни? (интересны любые, даже самые причудливые идеи)
- Какое именно событие заставило вас обратиться к врачу? (появление дискомфорта, требование родственников, предупреждение начальника, снижение трудоспособности и пр.)
- Постарайтесь описать свои ощущения, не пользуясь медицинским языком (симулянты часто не могут найти никаких выражений, кроме прочтенных в книге)
- Расположите перечисленные вами жалобы в порядке от

наиболее значимой к менее существенным (жалобам, стоящим первыми в этом ряду, надо всегда уделять больше внимания в беседе)

- Что вы читали о своей болезни, слышали от знакомых или по телевизору?
- Чего вы ждете от выздоровления? Какие пути открывает оно вам в жизни? (часто больной приписывает болезни больше ограничений, чем она в действительности накладывает)
- Как вы себе представляете лечение вашей болезни? Какие методы вам кажутся наиболее привлекательными, а какие недопустимыми? (негативное отношение к методу часто делает его неэффективным)
- Как долго вы уже сосуществуете с болезнью, как прежде вы переносили обострения и курсы лечения? (опытный больной может знать о своей болезни больше, чем неопытный врач)
- Насколько вы обеспокоены своим внешним видом? Как вы оцениваете состояние вашего тела? Покажите рукой, какая часть тела беспокоит вас больше всего (например, при депрессии больные часто показывают на грудь)
- Какого результата вы ожидаете от лечения? (выздоровление, ремиссия, избавление от наиболее неприятного симптома)
- На какой срок вы рассчитываете? (часто больные спешат, а некоторые одинокие пациенты, наоборот, хотят провести в больнице побольше времени)

11.2. Сознательное и невольное искажение картины болезни

В литературе часто используется понятие гармоничной внутренней картины болезни, однако определить, что именно следует считать признаком гармоничного отношения к болезни, очень сложно. Ведь наличие соматической болезни уже является признаком патологии, которая мешает адаптации человека, а значит вызывает психологический дискомфорт. Болезнь как стрессовая ситуация определяет включение *психологических защит* (см. раздел 9.2), которые мешают полностью осознать опасность ситуации и предпринять необходимые действия. Само использование психологических защит, с точки зрения психолога, не является признаком дисгармонии и свойственно всем здоровым людям.

Важным признаком гармоничного отношения к болезни является то, что поведение человека в момент болезни не дезорганизует жизнь других людей (родственников, коллег, друзей, врачей), не мешает оказывать ему помощь. Складывается

впечатление, что врачи склонны называть гармоничной ту модель поведения больного, которая удобна им, не причиняет им лишних хлопот. Однако с этим не всегда можно согласиться: ведь вкусы разных врачей на этот счет могут существенно различаться. Кроме того, нередко бывает так, что пассивный больной, не оказывающий сопротивления при лечении, в действительности погружен в безнадежность и испытывает страдания, которые он никак не выражает, но эти страдания мешают его выздоровлению.

А. Е. Личко предлагает следующее определение:

> **Гармоничный тип** отношения к болезни — это трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без основания видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Это стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременять других уходом за собой, а в случае инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые остаются доступными больному.

Следует учитывать, что гармоничная внутренняя картина болезни вовсе не означает полного совпадения мнения врача и пациента, не предполагает отсутствия противоречия в их интересах. Ее изучение так же полезно для эффективной врачебной практики, как и анализ дисгармоничных моделей. Такая модель является тем удачным случаем, когда больной и врач совместными усилиями могут достигнуть максимума в коррекции всех имеющихся расстройств, упустить этот шанс — значит лишить себя того удовольствия, которое приносит нам наша профессия.

К сожалению, во многих случаях приходится сталкиваться с негармоничной, дезорганизующей реакцией пациента на болезнь. Все возможные варианты искаженной модели болезни можно условно разделить на два основных типа: преувеличение и недооценка тяжести болезни (табл. 11.1). Особо следует выделить случаи сознательно неверного представления болезни врачу: симуляцию, аггравацию и диссимуляцию.

Симуляция — намеренная и целенаправленная демонстрация признаков несуществующей болезни. Симуляция всегда основана на стремлении получить конкретную материальную выгоду (избежать уголовной ответственности или службы в армии, получить освобождение от работы, материальную компенсацию или льготы). Симуляцию следует отличать от стремления демонстративных личностей привлечь внимание и вызвать сочувствие, которое является признаком внутреннего страдания и неудовлетворенности жизнью. Симулянт никакого страдания не испытывает — им движет только предвкушение выгоды. Данные объективного обследования не всегда могут выявить факт симуляции, поскольку симулянт может

Таблица 11.1. Варианты искаженной модели болезни

Преувеличение тяжести болезни	Недооценка тяжести болезни
Сознательное искажение: • симуляция • аггравация **Невольное искажение:** • гипернозогнозия (ипохондрия, тревога, депрессия, боязнь огласки, поиск виновного, манипуляция, раздражение) • нозофилия (пристрастие к лечению)	**Сознательное искажение:** • диссимуляция **Невольное искажение:** • гипонозогнозия (индифферентность, занятость работой или семьей) • анозогнозия (отрицание, эйфория)

повлиять на результат обследования (принять лекарства, повышающие артериальное давление и температуру, учащающие пульс и пр.). Отсутствие признаков болезни при обследовании также не является надежным критерием симуляции, поскольку возможности объективных методов ограничены; кроме того, многие болезни имеют функциональную природу (психические заболевания, дискинезии внутренних органов, вегетососудистая дистония).

Диагностика симуляции должна быть основана на противоречии между данными обследования и жалобами, которые предъявляет больной. Весьма характерно точное воспроизведение в речи больного классических описаний, представленных в специальных медицинских руководствах. Важно попросить больного описать имеющиеся ощущения собственными словами. Это сложное, часто невыполнимое задание для человека, который в действительности ничего не испытывает. Наконец, диагностика симуляции будет неполной без попытки определить истинные цели пациента. Обычно это бывает нетрудно, потому что «болезнь» возникает непосредственно в связи с приближением срока службы, перед уголовным разбирательством, накануне отъезда в командировку и пр. Лучше не расспрашивать больного о его проблемах, а дать ему самому выговориться. Как правило, пациент сам задаст вопросы, которые наведут врача на мысль о симуляции, например: «А разве мне не полагается больничный лист?», «А с такой болезнью можно служить в армии?», «А что, вы меня так и отпустите без всякой справки?».

Иногда врачи склонны обнаруживать симуляцию там, где ее нет. Больные с некоторыми психическими расстройствами производят странное впечатление своими нелепыми, беспомощными действиями. Часто обнаруживается диссонанс между сохранением способностей к счету, письму и тяжелой беспомощностью пациента в простейших ситуациях. Такое пове-

дение может быть проявлением изолированного повреждения лобных долей мозга, злокачественных вариантов шизофрении или истерии.

Аггравация — это намеренное усиление и демонстрация признаков имеющегося в действительности расстройства в расчете на получение выгод и льгот. Как и в случае симуляции, имеются определенная цель и стремление к материальному результату. Однако при объективном обследовании четко обнаруживаются явные признаки заболевания, определить истинную тяжесть которого бывает не всегда просто. Аггравация должна быть предметом анализа врачей — специалистов высшего класса. Только большой опыт и наблюдательность позволят точно оценить выраженность болезненного дефекта.

Диссимуляция — намеренное сокрытие имеющихся расстройств, вызванное опасением за свою судьбу. В основе диссимуляции всегда лежат тревога и страх: боязнь потерять любимую работу, стремление избежать конфликта в семье, нежелание провести длительное время в больнице, страх перед операцией или другим активным методом лечения. Особенно часто встречаются случаи диссимуляции в психиатрии, у инфекционных и туберкулезных больных, при угрозе карантина, в экспертных профессиональных комиссиях.

В целом случаи сознательного искажения картины болезни не вызывают у врачей большого беспокойства, поскольку верное понимание ситуации позволяет человеку принять решение, не причиняющее ему большого вреда: избежать ненужной операции при симуляции или продолжить прием лекарств, несмотря на скрытие факта болезни при диссимуляции. Более подробно тактика врача при сознательном искажении образа болезни описана в разделе 15.9.

Неосознанное, невольное извращение истинной ситуации требует гораздо больше внимания и усилий врача, поскольку многие поступки или бездействие больных в этом случае наносят им явный вред.

Гипернозогнозия — это переоценка тяжести и опасности имеющихся расстройств, ошибочное признание болезнью феноменов, являющихся в действительности нормальными, неверие в выздоровление. Поведение больных с гипернозогнозией может быть разным — от растерянности и взывания о помощи до обреченности и бездействия. Полезно будет каждый из вариантов гипернозогнозии описать более подробно.

Ипохондрией называют преувеличенное внимание к своему физическому здоровью и ошибочное чувство наличия соматического заболевания при отсутствии реальных проявлений болезни. Пациенты с ипохондрией постоянно прислушиваются к работе своего организма, придают особое значение любым ощущениям, происходящим внутри тела, подозревают у себя возникновение опасной болезни, строят сложные концепции

относительно природы возникших у них ощущений. В связи с этим они часто обращаются к врачам, требуют проведения специальных обследований. Ипохондричность свойственна людям тревожно-мнительного склада с чертами интровертированности и преобладанием второй сигнальной системы.

Тревога за свое здоровье выражается в довольно неопределенных чувствах. Такие больные не могут точно сформулировать, чего именно они опасаются больше всего. Любые случайные слова врача вызывают у них опасения, чувство надвигающейся угрозы.

Предупреждение о необходимости проведения дополнительных обследований и манипуляций лишают их сна и покоя. Они очень хотят и одновременно боятся узнать результаты обследования, считая, что они будут неблагоприятными, постоянно с надеждой смотрят на врача, как бы моля о том, чтобы их успокоили и разъяснили, что происходит. Такое поведение свидетельствует о преобладании первой сигнальной системы и слабом, зависимом темпераменте.

Депрессия проявляется чувством обреченности и пассивностью. Такие больные часто не привлекают внимания врача, так как они молчаливы, могут постоянно без сна лежать в постели и смотреть в потолок. Они не интересуются другими больными, не общаются ни с кем, часто отказываются от предлагаемой помощи, плохо едят. Депрессия часто бывает причиной позднего обращения за медицинской помощью. Только под нажимом родных удастся привести таких пациентов к врачу. Пациенты с депрессией должны вызывать у врача особую настороженность, поскольку без активного участия окружающих они не сообщат о наступивших осложнениях и побочных эффектах терапии. Нельзя забывать о том, что депрессия является одной из наиболее частых причин самоубийства.

Боязнь огласки и осуждения характерна для пациентов с расстройствами, которые вызывают у окружающих пренебрежение, страх, брезгливость, осуждение. Так, многие пациенты боятся того, что окружающие узнают об их психическом, венерическом, инфекционном, кожном заболевании. Иногда такие чувства ни на чем не основаны. Так, многие женщины опасаются операций удаления яичников и матки, считая, что они лишатся своей сексуальной привлекательности, в то время как исследования показывают, что сексуальность взрослого человека не исчезает даже после удаления гормонально-активных органов. Страх потерять волосы часто становится причиной отказа от приема противоопухолевых препаратов.

Поиск виновного характерен для эгоцентрических личностей с сильным активным темпераментом. Такие люди уделяют больше внимания поиску доказательств чужих проступков, чем собственно лечению. Они выпячивают возникшие побоч-

ные эффекты, видят в них подтверждение некомпетентности врачей, укоряют всех в нерадивости и эгоизме. Отношение к любому предлагаемому методу осторожное, часто подозрительное. Убедить таких пациентов начать предлагаемое лечение могут только некоторые особо авторитетные врачи, пользующиеся их особом доверием. Попытка разубедить их часто заканчивается тем, что врача относят к клану врагов и обвиняют в сговоре.

Манипуляция проявляется подчеркиванием своей слабости, беспомощности, потребности в помощи и поддержке. Имеющиеся расстройства выставляются напоказ, так как они указывают на необходимость сочувствия и ухода. Такие пациенты не терпят, чтобы внимание в их присутствии уделялось кому-либо другому, поэтому ухудшение, возникшее у любого другого пациента в палате, скорее всего, приведет к тому, что их самочувствие тоже ухудшится. Нередко приходится наблюдать, как за ними ухаживают родственники или соседи по палате, которые в действительности имеют существенно более тяжелое расстройство. Особенно часто манипулируют окружающими демонстративные личности.

Раздражительность проявляется нетерпеливостью, бесконечным брюзжанием, упреками в том, что состояние не улучшается, требованием проявить сочувствие, уберечь от всего неприятного. Такие больные постоянно просят сделать потише звук радио, закрыть окно, убрать сильно пахнущие цветы. Они недовольны тем, что постель слишком жесткая, что предлагаемая им еда слишком горячая, что врач прикасается к ним холодными руками, что таблетки застревают в горле. Их также раздражает, что так долго не наступает облегчение, несмотря на принятые лекарства. Такое поведение характерно для больных со слабым темпераментом и преобладанием первой сигнальной системы.

От гипернозогнозии отличается поведение больных с **нозофилией**. Такие пациенты постоянно от чего-то лечатся, читают популярную и специальную литературу о болезнях и лекарствах. Они охотно выслушивают жалобы других больных, с удовольствием находят, что они знакомы с подобным расстройством, предлагают свои методы борьбы с болезнью, испытанные ими самими или услышанные от других. Такие пациенты любят ездить в санатории, прикладывают большие усилия для того, чтобы им было назначено максимальное количество лечебных процедур при том, что имеющееся у них расстройство вовсе не опасно и по существу не особенно мешает им в жизни.

Не редкостью являются и различные варианты **недооценки тяжести болезни**. Чаще всего причиной этого является включение различных механизмов психологической защиты, оберегающих больного от пугающих его мыслей. Однако в неко-

торых случаях причиной некритичности пациента бывают явные психические расстройства, особенно повреждения лобных долей мозга.

Гипонозогнозией называют недооценку тяжести заболевания, избегание лечения, признание факта болезни, при том что подчеркивается ее ничтожное положение в иерархии потребностей.

Гипонозогнозия может проявляться ***индифферентностью***, т. е. равнодушием, спокойствием, апатией, отсутствием интереса к результатам обследования и проводимому лечению. Такой пациент не возражает против назначаемых процедур, однако без напоминания забывает о необходимости принимать лекарство, проявляет удивительную пассивность, обращается к врачу только по требованию родственников, которых пугает заметное прогрессирование болезни. Такая позиция более характерна для пациентов с чертами интроверсии, которые уделяют мало внимания не только своему здоровью, но и внешнему виду, не занимаются протезированием потерянных зубов, не стремятся удалить уродующие их доброкачественные опухоли, не лечат поврежденные грибком ногти. Болезнь не беспокоит их до тех пор, пока она не мешает заниматься интересующим их занятием (чтение, исследовательская работа).

Демонстрация занятости — это еще один вариант гипонозогнозии, который заключается в том, что человек признает необходимость лечения, но постоянно откладывает его из-за ответственных дел, которые по его мнению, не могут быть выполнены без его участия. Так, больной может откладывать операцию якобы из-за того, что он не может оставить предприятие до того, как будет сдан годовой отчет. Домохозяйка может считать болезнь очень несвоевременной, так как она занята подготовкой детей к школе, лечением родителей или обслуживанием мужа, который попал в сложную финансовую ситуацию. Подобное отношение к болезни характерно для людей с альтруистической позицией. Довольно часто за демонстрируемой занятостью скрывается чрезвычайный страх того, что болезнь окажется на самом деле гораздо опаснее, чем кажется.

Анозогнозией называют отсутствие чувства болезни, полное отрицание самого факта ее существования, уверенность в своем здоровье и благополучии. Крайние степени анозогнозии свидетельствуют о наличии психического расстройства. Так, анозогнозия довольно характерна для больных с маниакальным синдромом, бредом (преследования, ревности, величия и пр.), слабоумием (деменцией). Нередко факт болезни отрицают пациенты с алкоголизмом и наркоманиями. Они пытаются убедить врача, что могут контролировать прием наркотиков, что могут прекратить их употребление в любой момент, не за-

мечают опасных повреждений внутренних органов или отрицают их связь с приемом наркотиков. Подобное поведение характерно для людей с гипертимической акцентуацией. Они демонстрируют полное довольство своим состоянием, начинают успокаивать врача, утверждают, что лечения не требуется вовсе, так как все пройдет само собой.

Довольно часто анозогнозия становится единственным способом защитить свою психику от постоянной угрозы смерти. Так, многие пациенты с онкологическими заболеваниями утверждают, что врачи допустили ошибку в постановке диагноза. Такие пациенты не замечают прогрессирования болезни, ухудшение своего состояния они объясняют присоединением банальной инфекции. Включение психологических защит означает, что подсознательно больные сохраняют чувство нездоровья. Отрицание наличия заболевания в этом случае не означает отказа от помощи. Создается противоречивая ситуация, когда больной заявляет, что болезни нет, но все же спокойно, без возражений принимает предписанные лекарства, не отказывается от назначенных процедур. Эта ситуация должна удовлетворять врача, нет необходимости без особой необходимости нарушать сложившуюся систему защит, если пациент делает все, что необходимо для выздоровления, а мы не можем предложить ему другого способа избежать непереносимых психологических страданий.

11.3. Определяющие факторы и методы коррекции

Внутренняя картина болезни (см. рис. 11.1) находится под влиянием многих факторов. Знание этих факторов позволяет лучше понимать внутренние переживания больного и в случае необходимости оказывать влияние на отношение пациента к своему заболеванию.

Внутренняя картина болезни определяется:

- природой самого заболевания
- этапом его течения
- типом личности (темперамент, иерархия потребностей, типичный набор психологических защит, локус контроля)
- интеллектом и состоянием мозга
- возрастом
- отношением к данному заболеванию в значимой микросреде
- условиями, в которых протекает болезнь

Часто **тяжесть самой болезни**, особенности ее симптоматики влияют на характер переживаний пациентов. Так, острый приступ ишемической болезни сердца почти всегда сопровож-

дается страхом смерти. Постоянная изнуряющая боль при некоторых поражениях суставов, при растущих злокачественных опухолях никак не позволяют игнорировать заболевание. А вот вне острых болей пациенты с ишемической болезнью сердца нередко проявляют неосмотрительность, берутся за дела, явно превышающие их возможности, уходят с головой в работу, проявляют беспечность и уверенность в том, что все будет хорошо. Такая гипонозогнозия совершенно не свойственна больным с бронхиальной астмой и язвенной болезнью. При этих заболеваниях пациенты обычно проявляют ипохондричность, постоянно акцентируют внимание на неприятных ощущениях, часто бывают недовольны результатами лечения, проявляют брюзжание и капризность, обижаются на других пациентов, считают, что им уделяют недостаточно внимания. Особенно тягостные переживания выпадают на долю пациентов со злокачественными опухолями. Известно, что тревога и депрессия у данных больных часто возникают до того, как врач устанавливает пугающий диагноз.

Характеризуя отношение человека к болезни, важно учитывать **этап ее течения**. Описывают характерную динамику психологического состояния, наблюдаемую при многих расстройствах.

Премедицинская фаза характеризуется подозрением о возможном заболевании, сомнениями относительно необходимости обращаться к врачу, обвинениями себя в излишнем внимании к мелочам, страхом перед неизвестностью, боязнью того, что болезнь окажется действительно опасной. Попытки успокоить себя приемом седативных средств, обезболивающих и алкоголя, активное использование психологических защит оттягивают обращение к врачу и по существу увеличивают внутреннюю тревогу. Беседуя с таким сомневающимся пациентом, следует обратить его внимание на то, что, вероятнее всего, он мучает себя по пустякам: ведь обследование может показать, что опасности не существует, а значит обращение к врачу — это единственный способ развеять тревогу.

Острая ***манифестация болезни*** часто становится причиной неотложной госпитализации. Резкая боль, нарушение жизненно важных функций не оставляют сомнения в тяжести болезни. Страх и растерянность в этом случае поддерживаются тем, что врачи еще не имеют достаточной информации, чтобы точно определить свою тактику, они часто ограничиваются неопределенными замечаниями: «Получим результаты обследования — тогда скажем». Поступки пациента в этот период нередко бывают неосторожными и нелогичными. Так, больной с инфарктом миокарда начинает бегать по квартире, чтобы найти свой страховой полис. Чтобы помочь пациенту, медицинские работники должны в этот момент проявить невозмутимость и спокойствие, уверенность в себе. Их инструкции

должны быть предельно краткими и четкими: «Не волнуйтесь! Вы в руках профессионалов, и мы знаем, как вам помочь. Точно выполняйте все наши команды, не суетитесь, и тогда все будет хорошо...».

Период активной адаптации наступает не позднее чем на 5-й день лечения, он связан с купированием наиболее опасных проявлений болезни: исчезновением острой боли, восстановлением дыхания, исчезновением перебоев в работе сердца, снижением температуры и пр. Выраженное улучшение самочувствия вселяет в пациента надежду, не всегда обоснованную. Он начинает проявлять беспечность и излишнюю воодушевленность (*эйфория реконвалесцента*). Порой он забывает принимать антибиотики («Ведь температуры больше нет...»), пытается раньше времени начать проявлять активность (не соблюдает диету и постельный режим, пытается пользоваться сломанной конечностью). Приходится специально сгущать краски в беседе с таким пациентом, настаивать на недопустимости отступления от правил, указывать на то, что опасность остается еще весьма существенной.

Если заболевание продолжается достаточно долго, нередко приходится видеть признаки ***психической декомпенсации***. На этом этапе пациент понимает, что успех, достигнутый в первые дни лечения, был неполным, а все последующие усилия не привели к окончательному восстановлению здоровья. Поскольку основные острые проявления болезни исчезли, такой пациент во многом лишается пристального внимания врачей, он чувствует явный избыток свободного времени. Для того чтобы избавить больного от ненужных переживаний, рекомендуется активно вовлекать его в процесс лечения. Неплохо было бы дать ему достаточно сложную инструкцию, выполнение которой требовало бы времени и его внимания. Это может быть система упражнений, которые должны быть выполнены многократно в течение дня, комплекс ухода за кожей, полостью рта, носоглоткой. Важно включить в лечебный комплекс физиотерапию, занятия в группе лечебной гимнастки или психологической разгрузки. Даже если эффект этих методов не очень выражен, они создают необходимый режим занятости и отвлекают пациента от бессмысленных переживаний.

При неизлечимых заболеваниях нередко наблюдается ***этап пассивной адаптации (капитуляции)***. Этот этап характеризуется лотерей надежды на выздоровление, снижением интереса к лечебным и реабилитационным мероприятиям. Больной привыкает быть больным и не стремится к здоровой жизни, потому что не верит в ее возможность. Этому соответствует ситуация «вращающихся дверей», когда пациент стремится вернуться в стационар уже через несколько дней после выписки. Основными его переживаниями становятся пессимизм и тос-

Таблица 11.2. Зависимость внутренней картины болезни от типа акцентуации личности

Тип акцентуации	Типичные варианты отношения к болезни
Интровертированный	Индифферентность, ипохондрия
Застревающий	Поиск виновного, нозофилия, манипуляция, боязнь огласки
Возбудимый	Раздражительность, манипуляция
Педантичный (тревожно-мнительный)	Ипохондрия, тревога, боязнь огласки, демонстрация занятости
Демонстративный	Манипуляция, раздражение
Гипертимный	Отрицание, демонстрация занятости, депрессия
Гипотимный	Депрессия, тревога

ка (депрессия). Задача врача на этом этапе — это переключить внимание больного на те области жизни, которые остаются ему доступными. Для преодоления депрессии нередко приходится прибегать к назначению специальных средств (антидепрессанты).

Безусловно, важную роль в формировании внутренней картины болезни играют **личностные особенности пациента** (табл. 11.2). Так, преобладание второй сигнальной системы нередко становится причиной мучительных раздумий, навязчивых сомнений, страхов. Особенного внимания требуют пациенты с преобладанием эгоцентрического радикала: они очень ревнивы, обидчивы, склонны обращаться с жалобами и наказывать виновных.

Важно учитывать сложившуюся ***иерархию потребностей*** человека. Так, люди, посвятившие себя самореализации, с одной стороны, воспринимают болезнь, как существенную преграду, а с другой — они могут проявить большую стойкость по отношению к боли, неудобствам, пытаться продолжать дело своей жизни, несмотря на болезнь, а под угрозой смерти искать возможности передать свои знания последователям, чтобы те могли завершить начатое. Показательно изменение иерархии потребности у больных алкоголизмом. В начале заболевания роль семьи и профессии так велика, что родным и сотрудникам удается склонить пациента к лечению и воздержанию, однако по мере прогрессирования болезни становится очевидной деградация личности и алкогольная потребность для человека становится единственно важной, он больше не обеспокоен семейными проблемами, своей профессиональной несостоятельностью, не чувствует тяжести последствий болезни (эйфория, анозогнозия).

Другой важной чертой считают ***локус контроля*** (см. раздел 8.1). Человек, считающий себя виновником заболевания, часто проявляет больше желания бороться с болезнью и преодолевать ее последствия. Пациент, чувствующий себя жертвой судьбы, часто бывает пассивен, надеется на чудо, безропотно сносит неудачи лечения, не пытается достигнуть большего, компенсировать (реабилитировать) себя в какой-нибудь новой деятельности.

Не следует забывать и об органических заболеваниях, которые могут повлиять на **интеллект пациента,** а значит и на способность осознать тяжесть болезни. Наиболее тяжелая анозогнозия наблюдается при поражении лобных отделов мозга. Психиатрам хорошо известны беспечность и эйфория при многих вариантах деменции (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, опухоли и травмы лобных долей, прогрессивный паралич и пр.). Органические поражения некоторых подкорковых отделов (например, паркинсонизм), напротив, проявляются беспокойством, подавленностью, сознанием особой тяжести болезни. Описаны специфические нарушения «схемы тела» при сочетанных таламопариетальных поражениях. Исследования по межполушарной асимметрии показали, что у лиц с доминированием правого полушария чаще наблюдаются различные варианты гипернозогнозии.

Возраст пациента также часто оказывает существенное влияние на его отношение к болезни. *Дети* воспринимают болезнь в первую очередь на сенситивном уровне. Исчезновение болей и недомогания заставляет их забыть о болезни; они начинают играть, шалить, развлекаться. Появление неприятных ощущений делает их капризными, они не хотят отпускать от себя маму. Непонимание опасности делает для них бессмысленными все болезненные и неприятные процедуры (уколы, горькие лекарства, лечение зубов). *Подростковый и юношеский период* характеризуется тем, что на первый план выступает забота о своей внешней привлекательности и сексуальности. В этот период наиболее тяжело переживаются болезни, влияющие на внешний вид (кожные заболевания, алопеция, пигментные пятна, ожирение). Это заставляет подростков предпринимать чрезвычайные, порой болезненные усилия по улучшению своей внешности. Одним из опасных расстройств у девушек может быть нервная анорексия. При проведении операций в этом возрасте надо позаботиться о косметических качествах рубцов. В *период зрелости* на первый план в иерархии потребностей выступают карьера и семья. Чувство ответственности за свое дело часто заставляет пациента надолго откладывать обращение к врачу, пренебрегать советами врачей, забывать о приеме лекарств. Интересно, что обострения болезней в этом возрасте также часто связаны с проблемами на работе. В этом случае бо-

лезнь может восприниматься как желанная передышка, а выздоровление — как возвращение в ад. *Период инволюции* соответствует климаксу у женщин, у мужчин может отмечаться примерно в те же годы или позже. В это время на первый план выступает страх наступающей старости, одним из компонентов которого нередко бывает страх утраты сексуальности и потенции. Оснований для такого страха мало, поскольку большинство здоровых людей сохраняет сексуальные функции в течение всей жизни, однако среди жалоб данных пациентов нередко появляется обеспокоенность по поводу влияния лекарств и операций на потенцию. Женщины, перенесшие операции на яичниках, часто скрывают это от мужей. *В старости* болезни нередко становятся основным способом заполнить свободное время, добиться внимания занятых собою детей, пообщаться. Поэтому так часто у стариков мы наблюдаем стремление регулярно посещать врачей, обсуждать свое здоровье со знакомыми. В то же время отношение к болезням становится более спокойным, наполненным житейской мудростью.

Отношение окружающих к заболеваниям менялось в разные эпохи и в разных культурах. Все помнят о ненависти к больным в Древней Спарте, где сформировался своеобразный культ здоровья. Душевные заболевания в средневековой Европе рассматривались как бесовство, а во многих северных культурах считались божественным даром. В древних манускриптах эпилепсию называют «царской болезнью», а в наши дни ее часто рассматривают как признак неполноценности. В среде подростков венерическая болезнь может стать признаком раннего взросления и предметом гордости, а зрелые люди ее тщательно скрывают ото всех. Интересно, что «модные» заболевания чаще становятся предметом симуляции, нередко копируются в истерических расстройствах. Так, в XIX в. среди истерических реакций преобладали припадки, обмороки, а в конце XX—начале XXI века гораздо чаще встречаются головные боли, сердечные приступы, жалобы на одышку, боли в спине. Приведем один пример зависимости поведения больного от отношения близких к его болезни.

Мужчина 39 лет, чернорабочий, страдает алкоголизмом около 10 лет, лечился по поводу этого заболевания более 10 раз. Отмечались длительные периоды воздержания, во время которых находил дополнительную работу, чтобы обеспечить семью. Женат на женщине с высшим образованием, которую очень любит, но немного боится. Имеет дочь 14 лет. После очередного срыва самостоятельно амбулаторно обратился в наркологический кабинет с просьбой провести ему лечение. От госпитализации отказался, поскольку хотел скрыть факт лечения от жены. Попросил все назначения делать в виде таблеток, поскольку если жена увидит следы от инъекций, то поймет,

что он лечится от алкоголизма. Также подробно расспросил об эффектах лекарств, не влияют ли они на потенцию, поскольку боится стать импотентом, уверен, что в этом случае жена его обязательно бросит.

Условия, в которых протекает болезнь, и лечение также определяют позицию пациента. Так, простуда у спортсмена будет вызывать совсем разные чувства в зависимости от того, возникает ли она во время соревнований или в период отдыха. Вызывает восхищение стойкость некоторых спортсменов, которые, преодолевая боль, достигают удивительных результатов. Отношение к лечению работающего пациента и того, кто находится в стационаре, будет совершенно различным. Само сообщение о необходимости госпитализации заставляет человека поверить в тяжесть болезни. Заявление врача о том, что лечиться можно и дома, часто вселяет в пациента надежду, помогает ему быстрее справиться с недугом. Создание идеальных условий в больнице может мешать быстрому восстановлению пациента, поскольку он не очень хочет расставаться с комфортом и отдыхом от домашних забот.

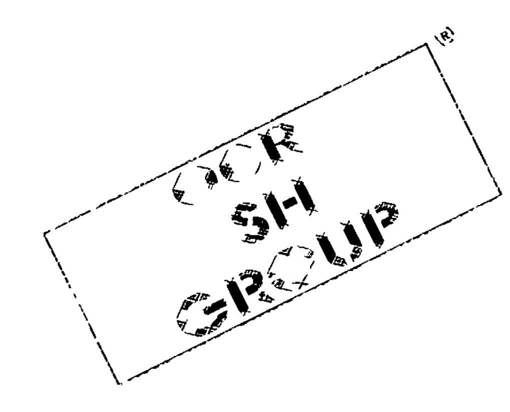
Знание всех перечисленных факторов помогает в коррекции дисгармоничной внутренней картины болезни. Чаще всего для этого применяются различные психотерапевтические приемы (см. раздел 13.1). Нередко применяются косвенные приемы влияния на мнение больного: так, громкая похвала больного в разговоре с кем-либо из врачей, медсестер, соседей по палате или родственников может вселить в него воодушевление. Перевод из одной палаты в другую (например, из палаты интенсивной терапии в обычную) также производит на пациента сильное впечатление. Большое значение для всех больных имеют позиция врача, его уверенность в себе, последовательность в отстаивании своей точки зрения, открытость к дискуссии, доступность, правдивость. Наконец, не следует забывать, что во многих случаях быстрый и надежный эффект на психологическое состояние пациента могут оказать психотропные лекарственные средства (см. раздел 13.2). Психоактивные вещества особенно полезны для коррекции эмоционального компонента внутренней картины болезни. Так, транквилизаторы позволяют быстро купировать тревогу; в случае депрессии антидепрессанты, хотя действуют и относительно медленно, считаются более надежными, чем психотерапевтические методики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. Психология в медицине: Учеб. пособие.— М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998.

Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л.: Медицина, 1983.

Карвасарский Б. Д. Медицинская психология.— Л.: Медицина, 1982.
Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине.— Прага, 1983.
Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного.— Л., 1980.
Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология.— М., 1984.
Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф. Клиническая психология.— М.: МЕД-пресс-информ, 2003.
Личко А. Е. Внутренняя картина болезни.— Кишинев, 1980.
Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания: 2-е изд.— М., 1977.
Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику.— М.: Изд-во МГУ, 1987.
Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса.— Л., 1984.
Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными.— Будапешт, 1988.



Глава 12 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

Взаимная связь между психическими и соматическими процессами, вероятно, была известна врачам с древности. Одним из наиболее ранних описаний успешного лечения психосоматического расстройства является легенда об Эразистрате, который спас Ангиоха, сына сирийского тирана Селевка. Юноша страдал от неизвестной болезни и, казалось, был близок к смерти. Заподозрив затаенную любовь, Эразистрат положил руку на сердце больного и распорядился, чтобы все живущие во дворце женщины по очереди подходили к нему. Реакция юноши и учащение его сердцебиения подсказали врачу, что причина недуга — красавица Стратоника, вторая супруга Селевка, мачеха юноши. Обрадованный отец отдал ее в жены сыну, и тот был спасен.

Из века в век медицинский опыт пополнялся новыми примерами зависимости физического здоровья от психологического состояния. Великие мыслители (Р. Декарт, Б. Спиноза) пытались дать этому философское объяснение. Анатомы и физиологи изучали роль мозга в регуляции как психических, так и телесных функций. Однако только научные достижения XX в. позволили возвести психосоматическую медицину в ранг науки, которая не только может толковать наблюдаемые расстройства, но и эффективно лечить их. Развитие психосоматического направления в медицине позволило не на словах, а на деле реализовать один из важнейших принципов медицины «лечить не болезнь, а больного».

12.1. Соотношение телесного и душевного в человеке

Выделение психосоматической медицины в отдельную отрасль связывают с развитием психоаналитического направления. Сам Фрейд получил первый опыт психотерапевтического лечения телесных недугов в клинике Лорана Г. Либо (1823—1904), который использовал гипноз для борьбы с самыми различными физическими расстройствами. Собственный опыт Фрейда показал возможность с помощью психоанализа лечить многие соматические расстройства истерической природы. Появление таких расстройств Фрейд объяснял феноменом психологической защиты — конверсии, т. е. физический недуг он рассматривал как способ избавления от тревоги и стресса (бегство в болезнь).

Последователи психоаналитического направления Георг

Гроддек (1886—1934), Смит Эли Джеллиффе (1866—1945) развивали эту идею, выдвинув понятие органных неврозов, которое критиковалось многими в дальнейшем. Действительно, невроз как психическое расстройство не может быть связан с каким-либо определенным органом, поэтому термины «невроз сердца» и «невроз желудка» сейчас рассматриваются как некорректные. Другой психоаналитик Феликс Дойч (1884—1964) предложил использовать понятие «психосоматические заболевания», которое получило всеобщую поддержку.

Несколько десятилетий психоаналитическая школа оставалась пионером в области психосоматики. При этом психологические объяснения природы психосоматических расстройств не всегда выглядели достаточно надежными и обоснованными. Так, коллега Фрейда М. Шур (1897—1969) заметил, что взрослые и дети по-разному реагируют на блокаду имеющихся потребностей. Дети склонны проявлять свое недовольство изменением физиологических параметров (температура тела, повышение давления, пищевое расстройство), а взрослые выработали сложную систему эмоциональных и поведенческих реакций. Таким образом, Шур считал психосоматические заболевания формой регресса, т. е. обращения к более примитивным, детским формам реагирования.

Важные подтверждения идей психологов были получены физиологами. Так, открытое И. П. Павловым явление условного рефлекса показало, что посредством воспитания можно влиять на соматические функции (слюноотделение, выработку желудочного сока). В дальнейшем на модели экспериментальной астмы у морских свинок было продемонстрировано, что приступы астмы могут быть спровоцированы условным раздражителем — звуковым сигналом [Петцольд Е., Рейнделл А., 1977].

Вскоре Уолтер Б. Кэннон (1871—1945) подробно описал изменения в работе соматических органов, наблюдаемые в ситуации экстремальной нагрузки. Он показал, что выброс ряда гормонов (в первую очередь надпочечниками) приводит к повышению артериального давления, учащению сердечных сокращений, повышению уровня глюкозы в крови. Все эти изменения готовят организм к тому, чтобы выжить в экстремальной ситуации, т. е. суметь победить в сражении или убежать от погони («fight or flight»). Неудивительно, что в ситуации спортивного состязания у многих футболистов обнаруживается глюкоза в моче. Однако, как оказалось, эмоциональное напряжение само по себе вызывает описанные изменения даже в том случае, когда ситуация не предполагает ни борьбы, ни бегства. Так, Кэннон обнаружил глюкозу в моче у 5 запасных игроков, не участвовавших в футбольном матче, а также у ряда активных футбольных болельщиков. Глюкозурия была

обнаружена также у студентов во время экзамена, что было расценено как проявление эмоции страха.

Основываясь на работах Кэннона, Ганс Селье разработал общую теорию стресса и ***общего адаптационного синдрома*** (см. также раздел 8.1). Он доказал, что главными звеньями регуляции процессов адаптации являются мозг и эндокринная система (гипоталамус, гипофиз, кора надпочечников, щитовидная железа), что существуют универсальные, не зависящие от вида стрессорного фактора механизмы приспособления к нагрузкам и перегрузкам. Работа этих механизмов приводит к различным последствиям в зависимости от силы и продолжительности стресса. Г. Селье выделил 3 фазы общего адаптационного синдрома: 1) реакция тревоги; 2) стадия сопротивления; 3) стадия истощения. Так, защитное повышение артериального давления, гипергликоземия, анурия, нарушение работы кишечника, лейкоцитоз и ацидоз как проявления *реакции тревоги* бывают обратимы и кратковременны. В *стадии сопротивления* они исчезают, так как организм путем чрезмерных усилий пытается восстановить гомеостаз. В *фазе истощения* происходит окончательный слом защитных механизмов. У животных в этой стадии Селье наблюдал гиперплазию коры надпочечников, сморщивание (или атрофию) вилочковой железы и лимфатических узлов, появление изъязвлений желудочно-кишечного тракта.

Основной идеей Селье было то, что воздействия самого различного характера (холод, токсины, травмы и пр.) приводят к одинаковым последствиям. Для сторонников психосоматической медицины было принципиально важным выяснить роль именно эмоциональных факторов в генезе телесных недугов. В этом смысле показательны эксперименты с обезьянами, обученными избегать ударов электрическим током путем нажатия клавиши [Брейди Дж. В., 1958]. В данном опыте первая обезьяна могла воспользоваться имеющейся у нее клавишей, чтобы защитить себя и вторую обезьяну хотя бы от части ударов, в то время как вторая вынуждена была терпеть все электрические разряды, которые пропустила ее соседка, так как ее клавиша была отключена от прибора. Более тяжелые повреждения внутренних органов в конце концов были выявлены у того животного, которое выполняло активную роль. Из этого был сделан вывод, что эмоциональное напряжение приводит к более тяжелым последствиям, чем физический стресс (удары током).

Следует обратить внимание на то, что эксперименты Селье и Брейди весьма отличаются от естественных условий существования. Описанные ими формы острого реагирования на стресс у людей практически не встречаются, так как в большинстве случаев в основе психосоматических расстройств лежат длительные скрытые конфликтные ситуации. Интересно,

что данные физиологов говорят о том, что соматические проявления последствий стресса, скорее всего, однотипны у разных организмов, в то время как клиницисты описывают множество несхожих заболеваний, обусловленных стрессом. Психологи предлагали несколько вариантов объяснения этого противоречия.

Альфред Адлер предполагал, что различия в проявлениях психосоматических заболеваний объясняются тем, что при воздействии стресса повреждается тот орган, который является «точкой наименьшего сопротивления» *(locus minoris resistentiae)*. Такая подверженность болезни может быть связана с наследственной предрасположенностью, особенностями дородового развития, повреждениями органа вследствие перенесенных ранее заболеваний, травм, инфекций, возбужденным состоянием органа непосредственно в момент стресса. Как последователь психоаналитического направления, Адлер уделял большое внимание феномену фиксации на определенных стадиях сексуального развития (см. раздел 4.3): так, фиксация на анальной фазе связывалась с заболеваниями кишечника.

Несколько иного подхода придерживался Франц Александер (1891—1964), который считал, что каждому психосоматическому заболеванию соответствует определенный тип внутриличностного конфликта. Так, язвенная болезнь объяснялась как блокада потребности в опеке, заботе, насыщении (оральная личность), т. е. больной, как птенец, ожидающий корма, страдает от выделяющихся пищеварительных соков. Гипертоническая болезнь считалась последствием активного преодоления внутренней агрессии. Человек, как готовый к извержению вулкан, как бы наполняется внутренней энергией, которой нет выхода вовне. Артрит в этой концепции считался последствием подавления стремления к нападению и расправе, т. е. повреждается костно-мышечный аппарат, всегда готовый к атаке, но не используемый для нее. Бронхиальную астму Александер объяснял неудовлетворенным стремлением к общению и душевному разговору. Больной как бы хватает ртом воздух, но не может высказать то, что у него на душе. Кожные заболевания связывались с поиском телесных ласк, прикосновений, поглаживаний. Тиреотоксикоз рассматривали как чрезмерно выраженное стремление как можно быстрее достичь зрелости, болезнь часто обнаруживали у тех, кто в детстве потерял опекуна и испытывал страх смерти, поэтому стремился сам опекать других. Хотя данные описания имеют некоторые подтверждения на практике, они кажутся слишком категоричными и тенденциозными.

Более интересным кажется подход Флендерс Данбар (1902—1959), которая обнаружила связь между личностными чертами и некоторыми психосоматическими заболеваниями

Таблица 12.1. Наиболее известные психосоматические расстройства и личностные типы, с ними связанные

Заболевание	Личностный тип
Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда	Активный, порывистый, стремящийся к соперничеству и самореализации, много времени уделяет работе, нетерпелив, постоянно находится в цейтноте, настойчив в достижении целей, завоевывает авторитет
Гипертоническая болезнь	Сдержанность и упорядоченность, внутреннее чувство раздражения умело скрывается и не проявляется ни в словах, ни в мимике; стремление избежать любых конфликтов и выяснения отношений
Атопическая бронхиальная астма	Мягкость, потребность в опеке, материнской ласке, зависимость от лидера, капризность в сочетании с боязнью показаться слабым и зависимым
Язвенная болезнь	Внутреннее напряжение, раздражение по поводу несоответствия ситуации и внутреннего самочувствия собственному идеалу, неспособность получать удовольствие от жизни, завистливость и обидчивость
Язвенный колит	Опрятность, стремление к порядку, пунктуальность, застенчивость, склонность к навязчивостям и интеллектуальной деятельности
Хронический полиартрит	Терпимость, невзыскательность, старательность, добросовестность, забота об окружающих, нежелание беспокоить людей понапрасну
Мигрень	Педантичность, высокий контроль над эмоциями, честолюбие, стремление к доминированию
Кожные заболевания, зуд	Потребность в физической ласке и опеке, чувство одиночества, мазохистские наклонности

(табл. 12.1). Классическим является описание личности «коронарного» больного, который обозначили как тип А [Розенман Р., Фридман М., 1959]. Эти люди обычно отличаются активностью, стремлением к карьерному росту, они ориентированы на работу, часто спешат, бывают нетерпеливы, раздражительны, лишены гибкости, однако чрезвычайно ответственны и способны жертвовать непосредственными радостями жизни для достижения отдаленной цели. Личности типа В, напротив, характеризуются спокойствием, дружелюбием, широтой интересов, нежеланием делать что-либо в спешке, умением находить баланс между своими интересами и потребностями окружающих. Люди с таким характером отличаются высокой устойчивостью к стрессу, хорошим соматическим здоровьем и большей продолжительностью жизни. Описывают также характер типа С, при котором отмечается пассивность, склонность к самобичеванию, пессимизм, самоотвержен-

ность, стремление посвятить свою жизнь служению другим, более совершенным людям, неумение выразить свои чувства и потребности. Тип С связывают с повышенным риском злокачественных новообразований.

Хотя концепция психосоматических личностных типов пользуется большой популярностью, далеко не все больные с соответствующей патологией имеют описанные черты. Кроме того, трудно бывает установить, являются ли описанные личностные типы причиной или последствием имеющегося соматического заболевания. Особый интерес эта концепция представляет в связи с исследованием понятия психофизиологической конституции (см. раздел 5.2).

В последние годы признание в психосоматике получил также термин *алекситимия** [Сифнеос П., Немиа Дж., 1973], который означает неспособность многих больных с психосоматическими заболеваниями к выражению своих чувств и фантазированию. Это выражается в том, что они затрудняются в описании своих внутренних проблем и ощущений, часто переходят на жесты вместо слов, ссылаются на слова родственников. Высказывается точка зрения, что подобная структура личности может быть результатом современного индустриального общества. Однако концепция алекситимии вызывает споры и разногласия; кроме того, она не объясняет разнообразия наблюдаемых психосоматических расстройств.

В целом в мире все большую критику вызывают попытки рассматривать природу психосоматического расстройства исключительно с физиологических или исключительно с психологических позиций. Хотя попытки создать интегративную (обобщающую разные подходы) модель не увенчались пока успехом, это направление рассматривается как наиболее верное. Так, Виктор фон Вайцзеккер (1886—1957) обращал внимание на то, что нарушение здоровья нельзя рассматривать в отрыве от всего жизненного опыта человека. Таким образом, болезнь — это не только изменения во внутренних органах, но и определенный смысл, который придается ей пациентом в соответствии с его системой ценностей. Другой известный специалист по психосоматике Туре фон Икскюль (род. 1908) призывает к тому, чтобы рассматривать болезнь как многослойный процесс, включающий клеточный, органный, нервный, иммунный, эндокринный, психический уровни. Каждый из этих уровней имеет свою систему сигналов, знаков, которым в иных уровнях можно найти некоторые аналоги — «перевод». Однако, как и перевод с одного языка на другой, он не может быть точным. Умение общаться с больным на всех его «языках» и даст наиболее верное понимание болезни.

---

* От лат. legere — читать и греч. thymos — чувство.

12.2. Психосоматические заболевания

Хотя термин «психосоматический» прочно и давно укоренился в медицине, однозначного представления о том, что именно следует относить к этому понятию, нет. Профиль учрежденных во многих соматических стационарах России психосоматических отделений вовсе не соответствует общемировому представлению о психосоматических заболеваниях. В этих отделениях обычно курируют пациентов с грубыми психическими расстройствами (психозами), возникшими вследствие или на фоне тяжелого соматического заболевания. Таким образом, требуется более четкое определение некоторых терминов.

Психосоматические расстройства — это *соматические* заболевания функциональной или органической природы, в происхождении, проявлениях и течении которых существенную роль играют наряду с прочими психологические и психосоциальные факторы.

Соматопсихические расстройства — это *психические* синдромы различной выраженности (от невроза до психоза), обусловленные имеющимся у пациента соматическим заболеванием, тесно связанные с тяжестью и опасностью этого заболевания.

Соматоформные расстройства — это *психические* заболевания, сопровождающиеся функциональными изменениями в работе внутренних органов или имитирующие своими проявлениями какое-либо соматическое заболевание.

Из определений следует, что врач любого профиля нередко сталкивается со всеми перечисленными выше расстройствами. Однако если в случае соматопсихических и соматоформных расстройств он должен лишь своевременно поставить диагноз и направить пациента к психиатру, то пациента с психосоматическим заболеванием ему следует лечить самостоятельно, используя свои собственные знания и советы психологов и психиатров-консультантов.

Истинную распространенность психосоматических расстройств установить довольно сложно из-за отсутствия точных диагностических критериев. Различные эпидемиологические исследования показывают, что в Европе те или иные психосоматические заболевания выявляют у 8—15 % населения и примерно у 40 % пациентов соматических стационаров (разброс в различных исследованиях составляет от 5 до 66 %). Интересно, что суммарная оценка частоты возникновения самых различных соматических заболеваний (включая инфекционные) показывает, что случаи болезни распределяются в популяции не случайно. Наибольшее количество обращений за помощью приходится на относительно небольшую часть насе-

ления, причем случаи болезни распределены во времени неравномерно, они в основном концентрируются вокруг периодов жизни, которые пациентом оцениваются как угрожающие. Сопоставление вероятности психосоматического заболевания и перенесенных жизненных событий показывает наличие прямой зависимости. Так, люди, набравшие в течение года по шкале жизненных событий Т. Холмса—Р. Рэйха (см. табл. 8.1) более 300 баллов, имеют примерно 80 % риск возникновения соматического заболевания, от 150 до 299 баллов — 50 % риск, менее 150 баллов — 30 % риск.

К сожалению, в практической медицине **диагноз** психосоматического или соматоформного расстройства устанавливается слишком поздно или не устанавливается совсем, и больные долгие годы получают неадекватную терапию с неудовлетворительным результатом. Одной из ошибок, которая ведет к неправильной диагностике, является *ложная* убежденность в том, что при заболеваниях, обусловленных психологическим неблагополучием, отсутствуют объективные изменения, выявляемые с помощью специальных технических и лабораторных методов обследования. Развитие технических средств диагностики привело к тому, что врачи слишком часто полагаются на данные обследования, забывая о том, что выявленные с помощью рентгенографии, ультразвукового и магнитно-резонансного сканирования изменения могут не иметь непосредственной связи с ощущениями и жалобами больного. Так, известно, что те или иные изменения в позвоночнике (остеохондроз) выявляют у подавляющего большинства людей после 30 лет, однако радикулярные боли возникают лишь у части людей и обычно бывают нестойкими. При сплошном обследовании камни в желчном пузыре обнаруживают у 30 % мужчин и у 40 % женщин, в подавляющем числе случаев они не вызывают никаких симптомов. Только с появлением эхокардиографии стало возможным устанавливать наличие пролапса митрального клапана, однако данную аномалию в действительности очень часто обнаруживают случайно у пациентов, которые не высказывают никаких жалоб.

> Объективные изменения, обнаруженные с помощью технических и лабораторных методов обследования, НЕ ИСКЛЮЧАЮТ диагноза психосоматического или соматоформного расстройства!

Только прицельное внимание врача к психологическому состоянию пациента позволяет своевременно поставить правильный диагноз. Врача всегда должны настораживать атипичное сочетание симптомов, слабый и нестойкий эффект, казалось бы, правильно подобранной терапии, особое эмоциональное отношение пациента к обследованию и лечению

(тревога, подавленность, безразличие, безнадежность, растерянность).

Существует и другая крайность, которой следует избегать. Многие врачи, наблюдая нестандартные реакции пациента на проводимое обследование и лечение, стараются объяснить это наличием психического заболевания. По сравнению с врачами-интернистами психиатры существенно реже видят в поведении окружающих признаки душевной болезни. Врачу следует вырабатывать терпимость к чужому мнению, каким бы странным оно ни казалось. Не следует также забывать, что даже пациенты с явным психическим расстройством могут заболеть любым соматическим заболеванием, порой весьма опасным. Поэтому объективное обследование и психологически ориентированная беседа являются ОДИНАКОВО НЕОБХОДИМЫМИ для постановки верного диагноза.

Удовлетворительной классификации психосоматических расстройств не существует. Так, Ф. Александер пытался разделить эти расстройства в соответствии с напряжением симпатической (гипертоническая болезнь) или парасимпатической (язвенная болезнь) вегетативной нервной системы. Т. фон Икскюль выделял болезни готовности и выражения. Под болезнями *готовности* он понимал расстройства, вызванные постоянным напряжением органов в условиях стресса. Примером такого заболевания является гипертоническая болезнь. Профилактика таких расстройств основана либо на снятии напряжения (психологическая релаксация и транквилизаторы), либо на попытке израсходовать имеющуюся готовность на активную деятельность (занятия спортом). Болезни *выражения,* напротив, являются символическим призывом о помощи, указывают на необходимость «излить душу», поговорить, отреагировать накопившиеся эмоции. К болезням выражения относят истерическую конверсию, описанную в разделе 12.4.

ТИПЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
(по Манфреду Блейлеру)

- **психосоматозы** — органические соматические заболевания, в происхождении и развитии которых существенную роль играют психологические факторы:
  - — гипертоническая болезнь
  - — язвенная болезнь
  - — нейродермит
  - — язвенный колит
  - — ревматоидный артрит
  - — атопическая бронхиальная астма
- **психосоматические дисфункции** — относительно кратковременные и обратимые расстройства, тесно связанные с психическим состоянием человека:

— психогенные боли (головные, мышечные, кардиальные)
— функциональные нарушения сердечного ритма (тахикардия, экстрасистолы)
— желудочно-кишечные расстройства (нарушения аппетита, рвота, запор, понос, энкопрез, тяжесть в животе)
— дизурии (энурез)
— сексуальные дисфункции, дисменорея, климактерический синдром
— функциональные неврологические расстройства (тики, заикание)

- **личностно обусловленные расстройства** — болезни, не вызванные стрессом, но имеющие связь с личностью пациента:
  — склонность к травмам
  — ожирение
  — злоупотребление лекарствами, алкоголизм, наркомания

Интернисты хорошо знакомы с **психосоматозами:** при изучении терапии, эндокринологии, дерматологии постоянно подчеркивается значение психологических факторов в возникновении многих заболеваний. Однако при работе с пациентами врачи часто забывают о психосоматической природе язвенной болезни, сердечно-сосудистых заболеваний, нейродермита, ревматоидного артрита, атопической бронхиальной астмы и др. Существуют данные относительно психосоматического происхождения опухолей, мигрени, эндокринных заболеваний, бесплодия.

Безусловно, лечение всех этих заболеваний должно проводиться с учетом существующего терапевтического опыта и достижений современной фармакологии. Психологическая природа этих расстройств не означает, что мы должны заменять антибиотики, гипотензивные, противовоспалительные и антацидные средства, гормоны на психотерапию и успокаивающие лекарства. Однако анализ жизненной ситуации пациента, попытки «перевести на психологический язык» соматические жалобы во многих случаях позволяют понять, почему лечение не приводит к ожидаемому результату. Разговор с пациентом, направленный на поиск психологически приемлѐмого способа разрешения внутреннего конфликта, часто позволяет изменить отношение пациента к болезни, добиться большей терпимости или более активной борьбы с недугом (например, перевода на амбулаторное лечение). А дополнительное использование психотерапии и некоторых психотропных средств часто бывает чрезвычайно полезным как для лечения, так и для профилактики (см. главу 13).

Возникновение **психосоматических дисфункций** еще в большей степени обусловлено психологическими факторами. Как показывает опыт, среди подобных пациентов подавляющее большинство нуждаются в коррекции именно психологического состояния. Во многих случаях приходится проводить дифференциальную диагностику с психическими заболеваниями. Назначение одних только симптоматических средств (обезболивающих, гипотензивных, β-блокаторов, спазмолитиков, гормонов), как правило, не приводит к желаемому результату. Показана высокая эффективность психотерапии и психофармакотерапии при неорганических болевых синдромах, расстройствах сна, приступах сердцебиения.

Особенно велика роль психологических факторов в генезе *сексуальных нарушений*. Показано, что такие расстройства очень редко бывают вызваны органическими причинами. Даже при явной гормональной дисфункции многие люди сохраняют сексуальные чувства и вполне физиологичные сексуальные отношения. В большинстве случаев причиной взаимной неудовлетворенности становятся такие психологические факторы, как несовпадение ожиданий партнеров, скрытая неприязнь, страх неудачи, опасения, связанные с приближающейся старостью и др.

Довольно часто общее ухудшение самочувствия у женщин бывает связано с приближением *климактерического возраста*. Попытки исключительно гормональной коррекции расстройств в этом случае обычно не дают положительного результата. Возможно, в части случаев ухудшение самочувствия в этом возрасте бывает вызвано психологическими переживаниями, страхом перед приближающейся старостью, боязнью потерять сексуальную привлекательность. В этом случае психотерапевтическая и фармакологическая коррекция позволяет получить неплохой результат без применения гормональной терапии.

К личностно обусловленным расстройствам относят некоторые виды патологии, которые никак не могут быть связаны с острым стрессом, но которые особенно часто наблюдаются у лиц с определенными чертами личности.

Так, отмечают, что травмы гораздо чаще наблюдаются у людей с активным, взрывчатым характером (возбудимые, эпилептоиды, гипертимики), которые склонны к импульсивным поступкам, непредусмотрительны, неосторожны, склонны к авантюрам. Напротив, у тревожно-мнительных, пассивных, осторожных людей (педантичные, дистимичные, интровертированные) травмы — большая редкость.

В литературе постоянно говорят о психологической природе ожирения. В разделе 5.2 мы много говорили о циклоидном темпераменте и склонности пикников к ожирению. В психоаналитической литературе высказывается несколько неожи-

данная идея о том, что в некоторых случаях ожирение возникает как проявление подсознательного стремления оттолкнуть возможного партнера, т. е. оно представляет собой своеобразную психологическую защиту, обусловленную страхом семейной жизни. В этом случае люди с безнадежностью говорят о своем внешнем виде, высказывают уверенность в том, что они крайне непривлекательны, утверждают, что их никто не может полюбить. При этом они ничего не предпринимают для того, чтобы изменить ситуацию.

Не вызывает сомнения тот факт, что в основе злоупотребления психоактивными веществами в подавляющем большинстве случаев также лежит особый склад характера. Выделяют два варианта личности пациентов, склонных к алкоголизму. Первый вариант — это тревожно-мнительные люди, которые пытаются компенсировать свою неуверенность приемом алкоголя и транквилизаторов. Второй вариант — это склонные к асоциальным поступкам возбудимые пациенты и люди с эмоциональной незрелостью и слабой волей, стремящиеся легким способом получить удовольствие. Употребление запрещенных законом средств (наркотиков) свойственно только лицам с чертами второго типа, поскольку тревожно-мнительные люди крайне неохотно идут на явное нарушение закона. Злоупотребление непсихоактивными веществами (противовоспалительные, гипотензивные, слабительные) иногда наблюдается у застревающих людей, склонных к формированию собственных концепций поддержания здорового образа жизни.

Специалисты по психосоматической медицине отмечают, что люди существенно различаются по своей способности противостоять стрессу. Предлагается использовать понятие **выносливости** [Кобаза С. К., 1982], которое означает способность переживать фрустрацию (блокаду доминирующих потребностей) и значительные изменения в жизни без ухудшения здоровья.

Сравнивая различные слои населения, психологи замечают, что одиночество положительно коррелирует с низкой выносливостью. Особенно заметно ухудшение здоровья у людей, потерявших супруга. В частности, специальные исследования фтизиатров указывают на значительную частоту обострений у вдовцов и высокую вероятность смертельного исхода в случае потери партнера. Такое же значение, как семья, имеют контакты с близкими друзьями и коллегами. Так, у домохозяек психосоматические расстройства встречаются существенно чаще, чем у работающих женщин.

Удовлетворенность своей работой обычно рассматривают как важный фактор, повышающий устойчивость к стрессу. В этом смысле люди так называемых «помогающих» профессий (врачи, учителя, воспитатели) оказываются в значительно более выгодном положении, чем те, кто испытывает внутрен-

ние муки, понимая, что его профессия дает ему высокий денежный доход за счет обмана и обкрадывания других. Конечно, и среди врачей есть немало людей, чувствующих, что они неверно выбрали профессию или то, что занимаемая должность не позволяет им полностью реализовать свой внутренний потенциал. Это часто отражается на здоровье.

Неблагоприятно влияют на выносливость человека чрезмерная осторожность и страх перемен. В этом случае любые нововведения рассматриваются как дополнительные преграды, а неожиданные события воспринимаются как источник угрозы или повышенной ответственности. Напротив, люди, которые видят в переменах источник новых возможностей, стремятся к тому, чтобы «половить рыбку в мутной воде», будут воспринимать любую стрессовую ситуацию как шанс продвинуться на пути к самореализации. Все это спасает их от ухудшения здоровья, помогает выдерживать значительные нагрузки, сохраняя высокую адаптацию и работоспособность.

О высокой выносливости людей с внутренним локусом контроля мы уже писали в разделах 8.1 и 9.1. Нацеленность на самостоятельное преодоление неблагоприятных обстоятельств, вера в свои силы помогают этим людям справляться со сложными ситуациями, избегая внутриличностного конфликта. Показано, что психотерапевтическая помощь, направленная на повышение уверенности в способностях человека, улучшает результаты лечения таких заболеваний, как артрит, булимия (переедание), сердечно-сосудистые расстройства, а также усиливает иммунную защиту организма [Бандура А., 1995].

Интересно, что искренняя религиозность также часто является защитой от внутриличностного конфликта и повышает устойчивость к стрессу. В одном из наблюдений было отмечено, что за 3 года наблюдений среди лиц, регулярно посещающих церковь, цифры смертности были более чем в 2 раза ниже, чем в остальной популяции.

Высокая выносливость коррелирует с:

- широкими социальными связями, наличием семьи и друзей;
- убежденностью в важности и значимости собственной деятельности, в истинности поставленных целей;
- уверенностью в возможности контролировать ситуацию и противостоять нежелательным обстоятельствам (внутренний локус контроля);
- духом соревновательности, ожиданием перемен, верой в то, что неожиданные события открывают пути к росту и прогрессу;
- религиозностью.

12.3. Соматопсихические расстройства

Расстройства, которые мы относим к соматопсихическим, являются вторичными по отношению к имеющемуся соматическому заболеванию. Таким образом, болезнь, которая исходно никак не была связана с нарушениями психики (острая инфекция, травма, опухоль), становится причиной повреждения мозга или расстройства психики вследствие переживаний по поводу прогноза. Таким образом, группу психосоматических нарушений можно условно разделить на два класса.

Психические расстройства, обусловленные соматическим заболеванием

Органические (вызваны повреждением мозга):
- астенический синдром
- расстройства сознания (оглушение, сопор, кома, делирий, сумеречное расстройство и др.)
- галлюциноз
- расстройства памяти (корсаковский синдром)
- расстройства интеллекта (деменция)

Функциональные (психологическая реакция на болезнь и ее опасность):
- аффективно-шоковые реакции
- истерические реакции
- депрессия
- фобии и приступы паники
- подозрительность (сверхценные идеи и бред)

Органические соматопсихические расстройства могут быть довольно тяжелыми (психозы) или протекать мягко (на невротическом уровне).

Соматогенные психозы могут сопровождаться нелепым и опасным поведением. Поэтому лечение тяжелых психических нарушений (делирия, галлюциноза, корсаковского синдрома и деменции) должен проводить врач-психиатр. В случае если тяжелое соматическое заболевание не позволяет курировать больного в условиях обычного психиатрического стационара, такое лечение можно проводить в условиях палаты интенсивной терапии с организацией индивидуального поста или в так называемом психосоматическом отделении, которое специально предназначено для этой цели.

Примером ***мягкого (невротического) соматогенного расстройства*** является *астенический синдром*. Этот синдром характеризуется истощаемостью, быстрой утомляемостью больных, нарушениями сна (чуткий, поверхностный), усилением неприятных ощущений внутри тела (сердцебиение, потливость, чувство переполнения в животе, головные боли). Характерна раздражительность, она проявляется в неожиданно бурных реакциях (крик, слезы, брюзжание) на, каза-

лось бы, безобидные замечания окружающих. Астенический синдром не является специфичным — он может быть результатом самых различных соматических заболеваний (травм, инфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний, хронических воспалительных процессов, травматичных операций, лучевого поражения и др.). Врач должен понимать причину недовольства и проявлять терпимость по отношению к реакциям больного. Следует предупредить соседей по палате о возможности таких реакций и попросить их проявить сочувствие. Наиболее правильной тактикой по отношению к астенизированным пациентам будет организация щадящего, комфортного, охранительного режима (тишина, температурный комфорт, отсутствие яркого света, удобная постель). Для более быстрого преодоления симптомов астении часто назначают ноотропы и ноотропоподобные средства (пирацетам, семакс, глицин, пиридитол, когитум, комплексы витаминов, пантокрин, препараты женьшеня).

Функциональные реакции на болезнь могут быть весьма разнообразными. Так, сообщение угрожающего диагноза может вызвать *шоковую реакцию* в виде ступора, растерянности или, наоборот, беспорядочной суеты, паники, метания. Другой формой реакции на известие о диагнозе может быть *истерическое возбуждение* в виде рыданий, стенаний, обморока, потери голоса, бессмысленного блуждания (транса), демонстративных попыток покончить с собой. Подготовить пациента к восприятию тяжелой для него информации можно, назначив в период обследования транквилизаторы или мягкие нейролептики.

Склонность к *навязчивым страхам* (фобиям) и приступам паники является типичной чертой тревожно-мнительных личностей. Они постоянно сомневаются в правильности установленного диагноза, в необходимости проведения операции и лекарственного лечения. Они могут сомневаться в том, корректно ли были проведены лабораторные анализы, не могла ли случайно возникнуть ошибка, требуют повторной проверки. Успокаивающие беседы и назначение транквилизаторов в этом случае дают лишь временный эффект. Гораздо более полезен режим занятости, когда больной ради собственного выздоровления вынужден выполнять ряд последовательных заданий. Это вселяет в него уверенность в том, что врач знает наилучший способ преодолеть ситуацию. Психотерапевтическое вмешательство в этом случае должно быть длительным (групповая терапия, аутотренинг). В случае безуспешности психотерапии назначают безопасные антидепрессанты, чаще ингибиторы обратного захвата серотонина (см. раздел 13.2).

Подозрительность, недоверчивость характерны для пациентов с чертами застреваемости. Для того чтобы избежать обвинений в недобросовестном отношении к лечению с их сторо-

ны, требуется демонстрировать свою готовность к сотрудничеству, избегать всяческой таинственности в беседах, каждый раз давать возможность пациенту высказать свою точку зрения, предоставлять без промедления требуемую ими информацию. Явное выражение обиды и недовольства со стороны врача делает его позицию слишком слабой, вызывает в застревающей личности стремление к нападению, поэтому лучше скрывать эти чувства.

Депрессия является одной из наиболее частых и крайне нежелательных реакций на болезнь. Депрессия может быть психологической реакцией на известие о неизлечимом заболевании или результатом осознания отсутствия успеха в проводимом лечении. Однако во многих случаях ее можно рассматривать и как биологическую реакцию на болезнь. Известно, что многие эндокринные заболевания, злокачественные опухоли, нарушения обмена веществ проявляются депрессией. Она также может быть проявлением осложнения фармакотерапии.

Непсихиатрические причины депрессии:

- хронические воспалительные заболевания легких, печени, почек
- злокачественные опухоли (особенно рак поджелудочной железы)
- эндокринные заболевания (гипофункция щитовидной железы, надпочечников, паращитовидных желез)
- инфекционные заболевания (пневмония, мононуклеоз, СПИД)
- системные коллагенозы (системная красная волчанка, ревматоидный артрит)
- неврологические заболевания (эпилепсия, рассеянный склероз, паркинсонизм, инсульт, травмы головы)
- недостаток питания, гиповитаминозы
- прием лекарственных средств (резерпин, аминазин, β-блокаторы, стероидные гормоны, пероральные противозачаточные средства и др.)
- абстинентный синдром у больных, злоупотребляющих алкоголем, кокаином, фенамином, коноплей и др.

В любом случае поведение депрессивных больных бывает крайне неконструктивным. Они проявляют чрезвычайную пассивность, отказываются от предлагаемой помощи, не верят в успех операции, не участвуют в реабилитационных мероприятиях. Очень распространены депрессивные реакции среди молодых людей, перенесших серьезные травмы, завершившиеся параличом или ампутацией. Они отказываются от протезирования, не желают общаться с психологами, отказываются от освоения новой профессии. Наиболее тяжелые проявле-

ния депрессии — это нежелание жить, активное стремление к самоубийству.

Действенными способами помощи при такого типа реакциях бывают знакомство пациентов с положительным опытом преодоления их проблем, общение с людьми, успешно перенесшими операцию, химиотерапию, получившими профессию, несмотря на серьезный дефект здоровья. Врачи, сталкивающиеся с такими проблемами, должны быть инициаторами создания групп взаимопомощи пациентов.

Во многих случаях нельзя обойтись и без лекарственного лечения. Сегодня существует широкий выбор безопасных и очень эффективных антидепрессантов (см. раздел 13.2). К сожалению, депрессивные пациенты часто не верят в возможность излечения и отказываются от приема лекарств. Они утверждают, что никакие лекарства не могут «преодолеть паралич», «вернуть отрезанные ноги», «вылечить рак». Следует проявлять настойчивость, убеждать их в том, что то, что не могут сделать лекарства, может сделать сам человек, если в нем живут вера в лучшее и желание бороться с невзгодами. Антидепрессанты дают ему такую веру, и тогда человек может сам изменить свою судьбу.

12.4. Соматоформные расстройства

Довольно часто к врачам-интернистам обращаются пациенты, жалобы которых вызваны исключительно психическим заболеванием. Обычное симптоматическое лечение в этом случае не дает никакого эффекта. Важно как можно быстрее установить истинный диагноз и направить больного к психиатру. Диагностика таких соматоформных расстройств бывает довольно сложной, поскольку их симптомы имитируют многие весьма опасные болезни. Некоторые физиологические параметры при соматоформных расстройствах могут быть нарушены так же, как и при соматических заболеваниях (артериальная гипертензия, субфебрилитет, экстрасистолия, гормональный дисбаланс и пр.). К соматоформным расстройствам относят маскированную депрессию, неврозы, панические атаки, ипохондрию, сенестопатии, нервную анорексию.

Термин **«маскированная депрессия»** был специально предложен для обозначения сложной диагностической ситуации в общесоматической практике. Фактически имеется в виду классическая депрессия, проявляющаяся многочисленными жалобами на плохое физическое самочувствие. Во всех руководствах по психиатрии описываются такие типичные симптомы депрессии, как снижение аппетита, похудание, дряблость и сухость кожи, выпадение волос, запор, артериальная гипертензия, чувство стеснения и боли в груди, учащенное

сердцебиение, нарушение сна. При обращении в поликлинику такие жалобы могут вызвать у врача массу подозрений: ведь они напоминают симптомы злокачественных опухолей, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, дисбактериоза и пр. Интересно, что попытки психиатров выделить ключевой симптом, по которому врач общей практики мог бы идентифицировать депрессию, не увенчались успехом: практически все жалобы депрессивных больных совпадают с такими же, но возникающими на фоне серьезных соматических заболеваний. Наиболее характерным признаком депрессии все же считают *ангедонию*, т. е. утрату способности получать удовольствие от жизни. Практически все пациенты с депрессией отмечают, что все, что прежде доставляло им удовольствие, потеряло свою привлекательность: еда стала безвкусной, курение не вызывает приятных эмоций, общение стало тягостным, любимые занятия больше не волнуют, любимые телепередачи не хочется смотреть.

Характерные симптомы депрессии:

- пессимизм, печальное настроение, заторможенность, пониженная работоспособность
- потеря способности получать удовольствие от жизни (ангедония)
- снижение аппетита, запор и похудание
- чувство стеснения и боли в груди
- артериальная гипертензия, тахикардия
- сухость и дряблость кожи, выпадение волос

Поздняя диагностика депрессии может привести не только к длительному бессмысленному лечению несуществующего соматического заболевания, но и к самоубийству пациента, разуверившегося в выздоровлении.

Неврозы — это относительно мягкие психические расстройства, вызванные длительно существующим внутриличностным конфликтом, склонные к затяжному течению. Выделяют следующие варианты неврозов: неврастению, истерию, обсессивно-фобический невроз. Соматические жалобы высказывают больные с любым из неврозов, однако характер жалоб зависит от типа невроза.

У больных с ***неврастенией*** отмечаются все признаки астенического синдрома, описанного в предыдущем разделе (утомляемость, раздражительность, перебои в работе сердца, головокружение, потливость, головные боли и пр.). В основе неврастении лежит конфликт между стремлением занять более престижное положение в жизни, достичь реализации своих фантазий и отсутствием способностей и сил, необходимых для этого. Так, неврастения развивается у студента, стремящегося получить высшее образование, но неспособного к долгой

и упорной работе; у молодой жены, которая хотела бы нравиться мужу, но чувствует нехватку сил на то, чтобы вести все хозяйство и ухаживать за ребенком; у сотрудника, занявшего престижное место, но не справляющегося с соответствующим объемом работы.

Обсессивно-фобический невроз часто проявляется навязчивыми опасениями заболеть тяжелой, опасной болезнью (рак, СПИД, сифилис, инфаркт миокарда, инсульт и пр.). Такие люди могут обращаться к врачам с повторными просьбами провести необходимые обследования и исключить пугающий их диагноз. Проведенные анализы лишь на время успокаивают пациентов, и они вскоре вновь обращаются с той же просьбой к врачу. Такой вариант невроза нередко развивается у тревожно-мнительных (педантичных) личностей. В его основе часто обнаруживается конфликт между существующими эгоистическими потребностями (в безопасности, любви и симбиотических связях) и чрезмерно высоким альтруистическим чувством ответственности и преданности общему делу. Нередко данный невроз проявляется острыми приступами страха и паники (страх транспорта, закрытых пространств, толпы). В момент паники наиболее эффективными бывают транквилизаторы, принятые под язык или введенные в виде инъекции. Полное же излечение от невроза требует вмешательства опытного психиатра или психотерапевта. Сочетание психотерапии, антидепрессантов (особенно серотонинергических) и малых доз безопасных нейролептиков дает наилучший результат.

Истерический невроз особенно часто становится причиной серьезных диагностических проблем, поскольку его симптомы могут имитировать практически любое соматическое или неврологическое заболевание. Описывают истерические параличи, припадки, нарушения координации движений, боли, одышку, рвоту, нарушения глотания, слепоту, глухоту, немоту и пр. Все эти расстройства возникают по механизму самовнушения, поэтому они выглядят атипично — не так, как описано в книге, а так, как представляет их себе больной. В основе истерического невроза обычно лежит конфликт между стремлением быть выше других и одновременно находиться под опекой, пользоваться заботой окружающих. Такой конфликт характерен для демонстративных личностей. Психологи психоаналитического направления рассматривают истерические соматические расстройства как проявление *конверсии*, защитного механизма, который заключается в том, что чувство неудовлетворения изгоняется из сознания и замещается переживаниями по поводу вымышленных соматических расстройств. Появившаяся беспомощность в этом случае позволяет рассчитывать на сочувствие и помощь окружающих, в этом заключается «вторичная выгода» истерических расстройств. Однако

первичная проблема остается неразрешенной, а значит, истерические расстройства в целом не приносят больному никакой пользы, усиливают его дезадаптацию и вызывают страдание. Отсутствие первичной выгоды отличает конверсионные расстройства от симуляции (см. раздел 11.2).

В практике врача истерические расстройства часто становятся причиной серьезных диагностических проблем. Иногда истерию называют «великой обезьяной», поскольку пациенты настолько вживаются в образ больного, что отличить их жалобы от органических заболеваний бывает довольно трудно. Кроме данных объективного обследования, в диагностике помогает явная связь данных расстройств с психотравмирующими событиями. Важно учитывать то, что конверсионная симптоматика усиливается, когда окружающие обращают на нее внимание, и сглаживается или исчезает, если больные отвлекаются от ее обсуждения. Некоторые функции вообще не могут нарушаться по истерическому типу, так как они находятся вне контроля сознания (например, безусловные рефлексы).

Признаки истерических конверсионных расстройств:

- возникают непосредственно после психических травм
- характеризуются атипичным набором симптомов (не похожи на типичные проявления известных заболеваний)
- усиливаются, если на них обращено внимание окружающих
- исчезают, если больной отвлекается или успокаивается
- не затрагивают функций, не поддающихся контролю сознания (безусловные рефлексы)

В случае возникновения острой истерической реакции было бы серьезной ошибкой ругать пациента и обвинять его в игре на публику. Это лишь усиливает переживания человека, а значит, обостряет конверсионные симптомы. Гораздо полезнее продемонстрировать власть и уверенность в себе. Весьма эффективны при истерии самые различные методики внушения (суггестии), описанные в следующей главе. Введение транквилизаторов не обязательно: довольно часто требуемое действие могут оказать индифферентные средства (плацебо) в сочетании с соответствующей беседой и словами поддержки.

К сожалению, без разрешения основного конфликта истерические реакции склонны к повторению. Для действительного преодоления проблемы необходимо лечение у психиатра или психотерапевта. Задачей врача становится раскрытие внутреннего конфликта, перенаправление усилий пациента не на бегство в болезнь, а на удовлетворение (хотя бы частичное)

блокированных потребностей. Психофармакотерапия (мягкие нейролептики и антидепрессанты) играет в лечении вспомогательную роль.

У больных **шизофренией** соматические жалобы часто приобретают замысловатый, вычурный характер. Характерны труднообъяснимые, не похожие ни на что крайне неприятные ощущения внутри тела — *сенестопатии*. Больные могут жаловаться на чувство «шевеления мозга», «запустевания зубов», «западания неба», «слипания ануса» и пр. Это может сочетаться с непреодолимой уверенностью (бред) в наличии весьма опасного заболевания. В отличие от пациентов с ипохондрической навязчивостью, больные с *ипохондрическим бредом* не поддаются переубеждению. Попытки вступить с ними в дискуссию приводят к тому, что они высказывают недоверие врачу, обвиняют его в целенаправленном обмане, сокрытии печальной истины. Такие пациенты нередко требуют от врачей проведения операции или сложного, травматичного обследования и лечения. Если им отказывают в этом, они склонны расценивать ситуацию как безнадежную, могут попытаться покончить с собой.

Наиболее правильной тактикой в случае ипохондрического бреда будет немедленное направление пациента к психиатру. Здесь следует проявить уважение к чувствам больных и их страху перед таким необычным специалистом. Закон в большинстве случаев не позволяет проводить психиатрическое лечение и обследование без согласия пациента. Поэтому важно попытаться мирно договориться с больным, используя его доверие к врачу, избавить его от чрезмерной тревоги путем назначения транквилизаторов и нейролептиков. Если больной обнаруживает суицидальные мысли и намерения, то Закон РФ разрешает госпитализировать такого пациента в психиатрический стационар без его согласия.

Одной из форм бредового расстройства является **дисморфомания** — уверенность в наличии внешнего дефекта или уродства. Такие больные могут настаивать на проведении косметических операций, использовать специальные мази и кремы для «восстановления волос», «выведения грибка». Характерны постоянное стремление рассматривать себя в зеркале, боязнь фотографироваться, попытки скрыть свой «дефект» одеждой, макияжем, очками. Иногда пациенты просто боятся выходить на улицу, чтобы «не пугать окружающих». Чаще всего дисморфомания наблюдается у молодых девушек и подростков.

Один из частых вариантов дисморфомании — ***нервная анорексия***. Она проявляется уверенностью в собственной непривлекательности и алогичным стремлением к похуданию. Снижение массы тела достигается ограничением количества пищи, исключением из рациона высококалорийных и жирных

продуктов, комплексом тяжелых физических упражнений, приемом больших доз слабительных и мочегонных средств. Периоды резкого ограничения в еде перемежаются с приступами переедания (*булимии*), когда сильное чувство голода не проходит после приема большого количества пищи. В этом случае больные искусственно вызывают рвоту.

Резкое снижение массы тела, нарушения обмена веществ и недостаток витаминов приводят к серьезным соматическим осложнениям: прекращению менструаций, бледности и сухости кожных покровов, зябкости, ломкости ногтей, выпадению волос на голове и усилению роста волос на теле, разрушению зубов, запору, нарушениям сердечной деятельности, снижению артериального давления и пр. В пубертатном периоде наблюдается задержка полового созревания. Почти у всех больных отмечается стойкое снижение настроения (депрессия), довольно часто наблюдаются суицидальные попытки. В целом смертность (от истощения и суицидов) достигает 15 %.

К сожалению, большая часть пациентов попадают к психиатру довольно поздно, когда истощение достигает степени кахексии. Это происходит из-за того, что девушки тщательно скрывают свое стремление похудеть от окружающих: отказываются есть вместе с другими, вызывают рвоту после еды, носят длинную широкую одежду, специально готовят продукты (разбавляют молоко, вынимают мясо из салата).

Нервная анорексия является показанием к немедленной госпитализации. В домашних условиях очень трудно контролировать поведение таких пациентов. Даже в стационаре нельзя полагаться на их слова — необходимо проводить регулярное взвешивание, лекарства лучше вводить внутримышечно или внутривенно, так как больные могут не принимать таблеток. Очень важна психотерапия, основанная на взаимопонимании и искреннем стремлении помочь больной.

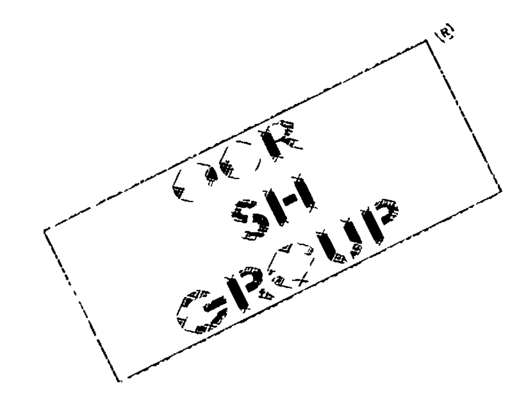
От нервной анорексии следует отличать другие причины потери массы тела и отказа от еды.

Причинами снижения аппетита и отказа от еды могут быть:

- нервная анорексия
- депрессия
- кататонический синдром при шизофрении
- бред отравления
- некоторые неврозы (неврастения, обсессивно-фобический невроз)
- соматические заболевания, эндокринопатии, нарушения обмена веществ, авитаминоз
- болезни зависимости (алкоголизм и наркомании)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Березанцев А. Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства.— М.: Информационные технологии, 2001.
Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебник: Пер. с нем.— М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999.
Гиндикин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение).— М.: Триада-Х, 2000.
Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей.— СПб.: Питер, 2000.
Курцин И. Т. Теоретические основы психосоматической медицины.— Л.: Наука, 1973.
Любан-Плоцца Б. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике.— СПб.: Психоневрологический ин-т им. В. М. Бехтерева, 2000.
Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем.— М.: Медицина, 1996.
Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства.— М.: Медицина, 1986.



Глава 13 ПСИХОКОРРЕКЦИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

В предыдущих главах мы много говорили о диагностике психологического дискомфорта, однако важно не только заметить проблемы пациента, но и помочь ему справиться с ними. Это можно сделать и с помощью психотерапевтических приемов, и путем назначения психотропных средств. Однако врач должен не только владеть этими двумя методами, но и желать их использовать. К сожалению, иногда, замечая психологические трудности у своих пациентов, врач находит, что сам он не раз оказывался в сходных ситуациях и ему удавалось без посторонней помощи преодолеть все проблемы. Эта мысль успокаивает врача и позволяет ему бездействовать. Действительно, некоторые пациенты отличаются высокой устойчивостью к стрессу и преодолевают его без какой-либо специальной психологической коррекции, но это не может служить оправданием пассивности и душевной черствости врача в том случае, когда больной нуждается в его поддержке и сочувствии.

13.1. Основные психотерапевтические приемы

Психотерапией называют самые различные методы целенаправленного психологического воздействия на пациента (посредством слова, эмоциональных отношений, совместной деятельности) с целью улучшения состояния его здоровья и повышение устойчивости к стрессу.

Вероятно, можно говорить о том, что психотерапия существует столько, сколько существует человеческая цивилизация. Прообразом современных психотерапевтов были шаманы и врачеватели древности. Особенно бурно развивалась научная психотерапия на протяжении конца XIX—начала XX века. В это время было предложено такое количество новых методов психотерапии, что вряд ли найдется специалист, который хорошо знаком со всеми этими методами. В большинстве цивилизованных стран психотерапию рассматривают как одно из наиболее сложных направлений медицины и психологии. Мастерство психотерапевта приобретается в процессе длительной учебы, практической тренировки, накопления клинического опыта. Немаловажным считают и наличие особого таланта.

Однако, каким бы великим человеком ни был психотерапевт, центральной фигурой в психотерапии является все же п а ц и е н т с его индивидуальными особенностями, неудовлетворенными потребностями, уникальной ситуацией и специ-

фическим окружением (семья, друзья, коллеги). Врач никогда не должен забывать о том, что он призван помогать пациенту двигаться в том направлении, которое человек избрал по своей воле. Высокомерное отношение к больному как к слепому, беспомощному котенку, которого следует научить жизни, игнорирование интересов личности и ее развития аморальны и полностью противоречат сути врачебной профессии.

Было бы неправильно рассматривать психотерапию только как процесс воздействия врача на больного. Психологам хорошо известно, что «перевоспитать» взрослую личность практически невозможно. Попытки активного вмешательства во внутренний мир воспринимаются пациентом как агрессия и вызывают отчаянное сопротивление с его стороны. Правильнее было бы считать психотерапию процессом взаимодействия и эмоциональных отношений врача и больного (часто и его семьи). В этом смысле необходимыми качествами психотерапевта должны быть умение находить общий язык с окружающими, способность к эмоциональному сопереживанию, богатый внутренний мир, собственный жизненный опыт. Узость интересов психотерапевта, замкнутость, высокомерие, неумение ладить с коллегами-врачами, отсутствие положительного опыта семейной жизни — все это черты, которые предвещают низкую эффективность лечения.

В специальной литературе приведено огромное количество вариантов психотерапии и подробно описана методика каждого из них. Однако с практической точки зрения важно выделить некоторые ***основные признаки***, отличающие один вид психотерапии от другого. Это необходимо в первую очередь для того, чтобы точнее определить показания к использованию того или иного метода.

В частности, различают директивные и недирективные методики. *Директивные методы* заключаются в том, что врач активно навязывает предлагаемый им способ выхода из ситуации, не позволяет больному высказать свое мнение, действует с высоты своего авторитета. В большинстве случаев излишняя директивность рассматривается как явный недостаток психотерапии, поскольку она снимает с больного ответственность за выздоровление, подчиняет его воле врача, может игнорировать его истинные потребности. Однако в экстремальных ситуациях, когда поведение пациента дезорганизовано чрезмерной тревогой (экстренная госпитализация, подготовка к операции, ситуация, угрожающая жизни), директивный подход позволяет быстро успокоить больного, настроить его на сотрудничество с врачами. В процессе выздоровления все более важными становятся *недирективные* методы, которые основаны на расспросе пациента, изучении его мнения, самостоятельном поиске и сравнении нескольких способов выхода из ситуации. Такие методы развивают в пациенте независи-

мость, уверенность, что он сам способен помочь себе в случае необходимости.

Принципиальным является разделение методов психотерапии на экспрессивные и суппортивные*. Эти понятия тесно связаны с концепцией защитных механизмов (см. раздел 9.2). *Экспрессивные методы* позволяют выявить и обнажить подсознательные механизмы, лежащие в основе страдания пациента, поддерживающие его душевную слепоту, мешающие ему окончательно избавиться от внутреннего конфликта. Экспрессивные методы нужны, чтобы призвать пациента к активным действиям (согласиться на операцию, расторгнуть ставший обременительным брак, поменять работу на более соответствующую его характеру). Не следует забывать, что вскрытие защитных механизмов весьма болезненно, и следует проявить осторожность и взвесить реальные способности человека перенести этот дополнительный стресс. *Суппортивные методы*, напротив, укрепляют в человеке сложившиеся системы защиты, поддерживают в нем существующий самообман ради сохранения спокойствия и чувства безопасности. Недостатком таких методов считают то, что они мешают пациенту разглядеть реальность, удерживают его от активных действий. Однако в том случае, когда врач сам не видит реального выхода из ситуации (неизлечимые заболевания, неоперабельные опухоли, травмы, несовместимые с жизнью), единственное, что он может сделать — это позаботиться о сохранении спокойствия пациента и его близких, удержать их от самоубийства.

Сходный смысл несет разделение методов психотерапии на активизирующие и успокаивающие. *Активизирующие (энергизирующие) методы* направлены на повышение стремления к действию, борьбе, самореализации. Так, в период реабилитации после травмы, инфаркта или инсульта часто приходится настаивать на более активном включении пациента в деятельность, тренировку нарушенных двигательных и умственных навыков. *Успокаивающие (релаксирующие) методы* направлены на снятие внутреннего напряжения, тревоги. Они особенно полезны в остром периоде переживания стресса. Их используют для лечения болезней, связанных с внутренним напряжением (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, бессонница).

Психотерапия может проводиться индивидуально или в группе. *Групповые методики* особенно полезны для комплексного воздействия на личность пациента, вскрытия тех ее черт, которые мешают адаптации и служат источником психосоматических страданий. Так, в группе ярко обнаруживаются не-

---

* От англ. to express — выражать, высказывать и to support — поддерживать, сохранять.

зрелость, эгоцентризм, боязнь принять ответственность на себя. Сторонники групповой психотерапии утверждают, что «группа всегда здоровее, чем каждый из ее членов в отдельности». Это означает, что слабости одних пациентов уравновешиваются и компенсируются сильными качествами других. Это означает, что более полезны группы, разнородные по составу. В этом случае может быть предложено множество несовпадающих советов и мнений, каждый из которых будет полезен для дискуссии или для применения в жизни. *Индивидуальная терапия* позволяет обсудить с пациентом весьма интимные проблемы, уделить большее внимание отдельному симптому. Она также хороша для замкнутых пациентов, не умеющих раскрыть себя в общении.

Кроме явного психотерапевтического воздействия, существуют и *косвенные методы*, которые оказывают влияние на состояние здоровья через обстановку медицинского учреждения, атмосферу в палате, демонстрируемые отношения в медицинском коллективе (общее согласие или разногласия), форму введения лекарств, дополнительные лечебные методики (физиотерапия, массаж, лечебная физкультура и пр.).

Вне зависимости от того, какой именно будет избран метод психотерапевтического воздействия, всегда следует помнить об общих феноменах, которые являются непременными ***элементами психотерапии***.

Установление контакта можно считать одним из важнейших условий успешности психотерапевтической работы. Если врач не сможет установить доверительных, откровенных отношений с пациентом, вызвать его на сотрудничество, то все дальнейшие усилия, скорее всего, будут бесплодны. К сожалению, возможность контакта не всегда находится во власти врача: так, интровертированный, недоверчивый, заряженный предрассудками пациент может последовательно отказываться от взаимодействия. Трудно переоценить значение первой встречи в формировании взаимопонимания и доверия. Занятость врача часто мешает ему подробно поговорить с больным в день его поступления в стационар или при первом обращении в поликлинику. Если это не удалось сделать сразу, то по крайней мере на следующий день необходимо уделить пациенту максимум внимания: дальнейшее откладывание разговора означает окончательную потерю шанса установить плодотворное сотрудничество. Во время первого разговора важно не набрасываться на больного с жесткими вопросами, а дать ему возможность высказаться самостоятельно. Врач не может рассчитывать на то, что доверие сложится мгновенно, но искреннее стремление выслушать собеседника раз за разом приводит к желаемому эффекту.

Доверительные отношения еще не гарантируют плодотворного сотрудничества. Излишняя близость врача и больного

тоже может повредить лечению. Мы уже писали о том, что конфликт трудно разрешить, если вы находитесь внутри него (см. раздел 8.2). Поэтому врач должен выдерживать определенную дистанцию по отношению к проблемам пациента. Принять проблемы больного на себя — значит занять позицию заботливой матери, т. е. снять с больного всю ответственность за его выздоровление. В профессиональной психотерапии, напротив, иногда стараются подчеркнуть взаимные обязательства сторон в виде письменного или устного *контракта*, где оговариваются длительность лечения, обязанности и права больного и терапевта, цели проводимого лечения, признаки достигнутого успеха. Такой контракт подчеркивает уважение к пациенту, призывает его ко взрослому и разумному отношению к своему здоровью.

3. Фрейд был первым, кто обратил внимание на явления переноса и контрпереноса в психиатрии. *Переносом (трансфер)* он обозначил невольное направление на врача подавляемых чувств, которые пациент испытывал (или испытывает) к значимым для него лицам (родителям, другим членам семьи). Это выражается в неожиданном раздражении, негодовании или, напротив, в знаках детской привязанности, покорности, влюбленности во врача. Явное выражение таких чувств позволяет пациенту «отреагировать», т. е. освободиться от мучающих его комплексов. Важно не принимать их за истинное отношение к врачу, проявлять терпеливость, сочувствие, а также призывать пациента к их разумному анализу. *Контрперенос (контртрансфер)* — это сходное, но противоположно направленное явление, когда врач испытывает к пациенту иррациональные чувства, происходящие из его личного (часто детского) опыта. Примерами таких чувств могут быть возмущение, брезгливость, жалость, восхищение, влюбленность. Контрперенос подтверждает то, что врач — тоже человек и ничто человеческое ему не чуждо. Однако как профессионал психотерапевт должен активно преодолевать в себе незрелые комплексы и стремиться к разумному отношению с больным (для этого Фрейд требовал, чтобы все психоаналитики сами прошли психоаналитическое лечение).

Поскольку психотерапия призвана изменить человека, усилия врача не могут не сталкиваться с *сопротивлением*, т. е. неосознаваемым стремлением сохранить все так, как было прежде. Сопротивление заметно по тому, как пациент все активнее использует психологические защиты, уходит от серьезного и глубокого анализа проблемы. Иногда испытывающий внутреннее сопротивление больной активно избегает встреч с врачом, прячется от него, пропускает назначенные визиты, оберегая себя от обсуждения болезненных тем. Само обсуждение феномена сопротивления может оказаться полезным для выздоровления.

Сопротивление определяет то, что движение к выздоровлению в процессе психотерапии никогда не бывает плавным и последовательным. Напротив, весьма характерны резкие скачки, когда мысль, к которой врач направлял больного, является к нему в виде *инсайта** — внезапного озарения или прозрения, интуитивного понимания. Для внутренне скованных пациентов характерно разрешение конфликта путем *катарсиса*** — эмоционального отреагирования, освобождения от всего мелкого и поверхностного, установления чувства прикосновения к истине. Примером катарсиса можно считать «очищающие слезы» в сочетании с улыбкой и чувством переполняющего счастья.

Часто на эффективность психотерапии влияет микросоциальное окружение пациента: мнение родителей, супруга, друзей, других больных в палате. Врач должен быть готов к взаимодействию со всеми этими людьми во имя достижения поставленной цели.

В специальной литературе описано множество психотерапевтических методов: поведенческая (бихевиоральная) терапия, психоанализ, гештальт-терапия, психодрама, гипноз, нейролингвистическое программирование, арттерапия, трансактный анализ, позитивная терапия и пр. Освоение каждого из этих методов — длительный процесс, который должны пройти профессионалы, посвятившие себя психотерапии. Краткое описание некоторых из этих методов дано в учебниках по психиатрии, более подробно с ними можно познакомиться в специальных руководствах. При всем разнообразии методов можно отметить, что количество предлагаемых **психотерапевтических приемов** ограничено, многие из них используются приверженцами самых различных направлений психотерапии (табл. 13.1). В приведенной таблице примерно очерчен круг проблем, решаемых с помощью каждого приема, однако не следует забывать и то, что выбор лечебной тактики зависит не только от пациента, но и от особенностей врача. Так, для проведения внушения требуются высокая самоуверенность, непререкаемый авторитет и зрелость. Для применения парадоксальных техник требуется склонность к нестандартному диалектическому мышлению, для лечения с помощью притч нужны начитанность и образованность. Наконец, немаловажна вера самого врача в преимущества той методики, которую он выбирает. Обычно в лечении используется сразу несколько приемов: суггестия с релаксацией, переубеждение посредством изложения притчи, анализ вместе с отреагированием в действии.

---

* От англ. insight — понимание, проницательность.

** От греч. catharsis — очищение.

Таблица 13.1. Основные психотерапевтические приемы и их практическое применение

Психотерапевтический прием	Суть приема	Практическое применение
Переубеждение	Основанное на логике и аргументах, директивное или недирективное изменение точки зрения	Применяется у пациентов со склонностью к рассудочной деятельности, часто при депрессии
Притчи	Недирективный метод, основанный на сопоставлении индивидуальной ситуации и сказочного сюжета. Притча может быть рассказана терапевтом или выдумана пациентом	Метод годится для детей и взрослых, однако сложность притчи должна соответствовать интеллекту и способности к воображению пациента
Внушение (суггестия)	Директивное навязывание эмоционально окрашенной информации, минуя логический ее анализ	Больше подходит людям с преобладанием первой сигнальной системы (демонстративные, возбудимые), детям. Нацелена на преодоление симптома, подчеркивает зависимость пациента от врача
Релаксация	Снятие внутреннего напряжения посредством слова или косвенно, с помощью музыки, массажа, запахов	Применяется при усталости и внутреннем напряжении. Не разрешает внутреннего конфликта, но повышает устойчивость к стрессу
Подкрепление условного рефлекса	Формирование защитных условных рефлексов путем повторного подкрепления	Направлено на преодоление симптома, не влияет на личностные причины болезни
Торможение условного рефлекса	Торможение патологического условного рефлекса путем столкновения с условным раздражителем в отсутствие подкрепления	Используется для преодоления фобий (навязчивых страхов), не влияет на личностные причины болезни
Психологический анализ	Директивное и недирективное вскрытие неосознаваемых психологических механизмов болезни для их сознательного преодолёния	Направлен на вскрытие и преодоление личностных и глубинных причин болезни, на разрешение внутриличностного конфликта. От пациента требуются достаточная воля к изменению своей жизни и способность вынести эмоционально неприятную информацию

Психотерапевтический прием	Суть приема	Практическое применение
Научение (тренинг)	Директивный метод формирования навыков защитного (ритуального) поведения в психологически сложных ситуациях	Возможно обучение как самих пациентов, так и членов их семьи (родителей, супруга, детей). Лучше подходит для педантичных и застревающих личностей
Отреагирование в действии или игре	Освобождение от патологических комплексов путем творческого самовыражения в группе или индивидуальной деятельности	Подходит для детей и взрослых. Не избавляет от внутренних конфликтов, но позволяет удовлетворять актуальные потребности в символической форме
Парадоксальные техники	Недирективные техники, выражающиеся в алогичных, невыполнимых инструкциях, которые заставляют человека искать иной, основанный на чувствах способ решения проблемы	Подходят для индивидуальной и семейной терапии, особенно для пациентов, склонных к самоанализу и избыточной рассудочной деятельности. Высокоэффективны при страхе неудачи и для преодоления психологических игр
Позитивное переосмысление (рефрейминг)	Недирективные методы снятия напряжения и реабилитации путем изменения отношения к существующей проблеме	Возможно как формирование «мирного сосуществования» с проблемой, так и ее преодоление, поскольку она более не кажется неразрешимой

Переубеждение — это основанное на логике изменение точки зрения пациента. Переубеждение может проходить директивно, когда пациент молча выслушивает аргументы врача. Однако более эффективным считается недирективная беседа, в которой врач предлагает пациенту самому найти ответ на беспокоящий его вопрос, т. е. врач переадресует вопрос больного к нему самому: «А что вы сами думаете по этому поводу?», «Какие, на ваш взгляд, варианты решения проблемы существуют?», «Попытайтесь выделить сильные и слабые стороны каждого из предлагаемых решений». Такая коррекция лучше подойдет людям со склонностью к рассудочной деятельности (преобладание второй сигнальной системы). Часто переубеждение используют для коррекции иррациональных убеждений больных в состоянии депрессии (*рационально-эмотивная терапия* А. Эллиса и *когнитивная терапия* А. Бека). Так, совместный анализ таких утверждений больных, как «Никто

меня не любит», «Мне всегда не везло», «Ничего нельзя сделать», «Я должен сдерживать себя», «Я не могу поступить иначе», показывает, что больные сами могут разглядеть шаткость таких убеждений, если врач своими вопросами направляет их.

Одной из частых логических ошибок пациентов считают *иллюзию альтернативного выбора*, т. е. уверенность, что в сложившейся ситуации есть только два взаимоисключающих выхода. Например, выбор «выходить замуж за богатого или за любимого» лишь на первый взгляд кажется альтернативным. В действительности можно придумать много выходов: например, выйти замуж за одного и взять другого в любовники или найти третьего, который окажется и любимым, и богатым.

Притчи часто используются в самых различных школах психотерапии (позитивная психотерапия, нейролингвистическое программирование, эриксоновский метод). Верующие находят большую пользу в изучении притч, изложенных в Святом Писании. Сказочный сюжет часто имеет много аналогий с реальными проблемами, с которыми сталкивается пациент, а эффектная развязка позволяет показать возможность их преодоления. Для того чтобы эффективно пользоваться этим методом, нужно накапливать в памяти разнообразные сюжеты, чтобы избегать стандартности. К сожалению, история, рассказанная врачом, не всегда может быть адекватно воспринята пациентом. Весьма желательно, чтобы больной сам принял участие в ее сочинении. Человек с хорошей способностью к воображению может сам стать автором истории, которую они вместе проанализируют с врачом, попытаются найти другой, более оптимистичный финал. Особенно склонны к сочинительству дети. Можно также предложить больному завершить начатую врачом историю, например: «Жила-была девочка, похожая на тебя, и она никогда не чистила зубы... Как ты считаешь, что случилось дальше?».

Символический строй притчи должен соответствовать возрасту, образованию и интеллекту пациента. В качестве примера приведем притчу, которую используют в лечении больных наркоманией.

На Востоке жил мудрец, который прославился своей проницательностью. И вот один хитрец пожелал провести этого великого человека. Он положил между ладонями живую бабочку для того, чтобы спросить мудреца, жива она или нет. Он был уверен в победе, потому что, если мудрец скажет, что она мертва, он раскроет ладони и даст ей улететь, а если он решит, что бабочка жива, то хитрец сожмет ее между ладонями и убьет. И вот он задает свой вопрос: «О мудрейший, как ты считаешь, живая или мертвая бабочка находится у меня между ладонями?». И мудрец ответил: «Все в твоих руках!».

Внушение (суггестия) — это директивный метод, основанный на запечатлении в сознании эмоционально окрашенной информации, минуя логический анализ. Слова терапевта

должны отложиться в памяти больного в том виде, как их произносит врач. Для этого фразы должны быть короткими и четкими. Никаких доказательств своей правоты приводить не следует. Все слова произносятся уверенным и настойчивым тоном: «Вы чувствуете легкость и свободу! Голова ясная! Мысли текут легко и свободно! Вы полны сил! Вы чувствуете, как здоровье разливается по телу! Мускулы наполняются энергией! Воздух свободно проникает в легкие! Вы здоровы и уверены в себе!» Важно помнить, что в процессе внушения усваиваются все произнесенные врачом слова, поэтому существует запрет на использование отрицания. Так, фразы «У вас не БОЛИТ голова!», «Вы не ИМПОТЕНТ!» скорее окажут вред, чем пользу.

Суггестия может применяться во время бодрствования, на фоне приема успокаивающих средств или в состоянии *гипноза*. Более эффективна суггестия у лиц с преобладанием первой сигнальной системы (демонстративные, возбудимые). Неплохо поддаются суггестии дети. Наилучшие результаты дает суггестия при снятии внезапно возникших функциональных расстройств: истерических припадков, параличей, приступа бронхиальной астмы, паники и пр. В лечении хронических заболеваний использовать суггестию нежелательно: ведь, как и все директивные методики, внушение исключает активное участие пациента в лечении, она подчеркивает зависимость пациента от врача. Если пациенты и их родственники настаивают на проведении гипноза, они, скорее всего, хотят переложить всю ответственность за результат лечения на врача. В этом случае по завершении курса лечения пациент не будет стремиться сохранить достигнутое, не станет соблюдать диету, отказываться от алкоголя и курения, прекратит назначенный курс лечебной гимнастики.

Релаксация направлена на снятие внутреннего напряжения. Это может осуществляться посредством слова (суггестия) или косвенно, через успокаивающие звуки (музыка, шум моря, пение птиц), массаж, теплую ванну, дыхательные упражнения, запахи свежести и прохлады (ароматерапия). Релаксация полезна при болезнях, связанных с внутренним напряжением (гипертоническая и язвенная болезнь, атопическая бронхиальная астма, усталость). Глубинные причины внутреннего конфликта при этом остаются скрыты, а это значит, что релаксация поддерживает сложившуюся систему защит, а не ломает ее (суппортивная техника).

Одной из наиболее популярных техник релаксации является *аутогенная тренировка* [Шульц И. Г., 1932]. В этой методике предлагается выработать способность регулировать непроизвольные функции (мышечный тонус, дыхание, сердцебиение) посредством пассивного самонаблюдения и концентрации внимания. Эта методика напоминает восточные техники

медитации. Первое из основных шести упражнений — это научиться расслаблять мышцы тела. Обычно для того, чтобы достигнуть желаемого, предлагают представить себе полет в невесомости. Для людей, которые затрудняются в выполнении этого упражнения, предлагают сначала максимально напрячь все мышцы, а потом расслабить их и запомнить полученное состояние. Пять других упражнений должны научить пациента почувствовать тепло и тяжесть в конечностях, редкое и уверенное сердцебиение, ровное, спокойное дыхание, приятное тепло в области чревного сплетения и приятную прохладу в области лба. На последовательное усвоение комплекса этих упражнений отводится 4—6 нед. На такую длительную работу способны лишь люди с сильной волей (педантичные, застревающие).

Аутогенная тренировка (аутотренинг) проводится в спокойной обстановке на фоне общей пассивности. Однако расслабление может быть достигнуто и в процессе движения: монотонного бега, вязания, шитья, дыхательных упражнений типа йоги. Здесь очень важно, чтобы предлагаемая деятельность была привычна и выполнялась автоматически, без напряжения. Человек, который только учится вязать, никогда не чувствует успокоения, а скорее раздражение и усталость.

Создаются также приборы, помогающие расслаблению, основанные на методе *биообратной связи (biofeedback)*. Принцип их устройства — это перекодировка какого-либо физиологического параметра (электрокардиограммы, электромиограммы, кривой дыхательных движений, электропроводимости кожи и пр.) в понятный человеку сигнал (звук разного тембра, цвет экрана). Таким образом, человек может почувствовать тот момент, когда достигнуто расслабленное состояние организма, и сформировать необходимый условный рефлекс.

Подкрепление условного рефлекса проводится в соответствии с теорией И. П. Павлова и считается одной из основных техник *бихевиоральной (поведенческой) терапии*. Этот метод предназначен для преодоления отдельных симптомов, он не влияет на глубинные основы болезни. Такой метод используется в лечении алкогольной зависимости в виде сочетания алкоголя с рвотными средствами. В терапии энуреза используются приборы биообратной связи, которые будят ребенка, если его постель оказывается мокрой. При лечении детской гиперактивности и капризности рекомендуют подкреплять спокойное, расслабленное поведение ребенка улыбкой, лаской, вниманием, а капризы игнорировать или встречать холодным, безучастным взглядом.

Разновидностью поведенческой терапии является *жетонная экономика*. Этот метод состоит в том, что в коллективе специальными жетонами (вымпелами, крестиками на доске) отмечаются желательные поступки. В дальнейшем жетоны ис-

пользуются в соревновании за первенство или обмениваются на мелкие поощрения (сласти, мороженое, поход в кино, театр, цирк). Жетонная экономика — это весьма эффективный метод в педагогике. Однако он предполагает постоянный контроль и низкую личную ответственность пациента, поэтому более всего он применим в детском коллективе, а также в учреждениях реабилитации и домах инвалидов.

В нейролингвистическом программировании используется *метод «якоря»*, основанный на подкреплении условного рефлекса. Якорь — это любой стимул, который связывается с определенными эмоциями путем многократного сочетания. В дальнейшем удается легко вызвать желаемые эмоции, используя полученный якорь. Так, внешний вид, тембр голоса, особое приветствие, запах врача становятся теми стимулами, которые сразу настраивают пациента на привычный лад, позволяют оживить в памяти приятные моменты беседы. Таким образом, создание и поддержание собственного стиля, отказ от стандартности в общении помогают быстро настраиваться на общую волну с пациентом, который давно вас знает. Напротив, резкое изменение прически, стиля одежды, появление нового резкого запаха могут нарушить сложившееся взаимопонимание.

Торможение условного рефлекса используется для лечения навязчивых страхов и паники, возникающих в строго определенных ситуациях. Показано, что в случае фобий образуется замкнутый круг, когда страх, появляющийся в определенной ситуации, подкрепляет боязнь этой ситуации. Такой рефлекс оказывается настолько стойким, что он плохо поддается лекарственному лечению. Единственным эффективным способом становится *конфронтация,* т. е. целенаправленное столкновение с ситуацией, вызывающей страх, и длительное в ней пребывание. Поскольку паника обычно бывает непродолжительной, она в конце концов проходит и пациент вынужден признать, что чем дольше он находится в пугающей ситуации, тем меньше он испытывает страх. Весьма полезно сопровождать конфронтацию шуткой, стремлением посмеяться над собой. Показано, что группа больных лучше переживает конфронтацию, чем каждый пациент в отдельности, поскольку каждый член группы поддерживает других шутливыми замечаниями и улыбкой. Известный психотерапевт Виктор Франкл (1905—1997) описывал свой опыт взаимопомощи в условиях концентрационного лагеря, где юмор помогал преодолеть страх и чувство безысходности у заключенных.

Психологический анализ — это попытка вскрыть и довести до сознания неосознаваемые глубинные причины патологии. Таким образом, целью анализа всегда является коренное изменение поведения и отношения к болезни (экспрессивные техники). Эти методики накладывают на пациента и врача вы-

сокую ответственность, так как вскрытая информация может оказаться столь тягостной, что это вызовет непереносимые страдания, вплоть до стремления к самоубийству. В процессе такой терапии мы всегда сталкиваемся с выраженным сопротивлением больного, а это может нарушить отношения врача и пациента и привести к отказу от лечения.

Анализ может проводиться директивно, когда врач сообщает больному результаты своего наблюдения: «Мы считаем, что функциональные нарушения вашего здоровья не имеют органической основы и вызваны стрессом». Однако более продуктивны недирективные методы, основанные на *самопознании*, когда врач скорее выступает слушателем и лишь изредка комментатором, направляет мысль пациента вопросами, интересуется его мнением. К аналитическим методам можно отнести психоанализ Зигмунда Фрейда, трансактный анализ Эрика Берна, клиент-центрированную психотерапию Карла Роджерса, экзистенциальную психотерапию Ирвина Ялома и пр.

Для того чтобы анализ не нанес травмы пациенту, обычно требуется поддерживать безусловно положительное отношение к больному. Чтобы рассчитывать на откровенность и возможность раскрытия внутреннего мира, требуется стремиться к сопереживанию (эмпатии).

Научение — это приобретение навыков поведения в психологически сложных ситуациях путем их теоретического и практического освоения. Научение предполагает наличие авторитетной фигура учителя, поэтому это директивный метод. Данный прием нацелен на избавление от страха и тревоги в какой-либо определенной ситуации, он не меняет общей установки личности, поэтому относится скорее к суппортивным техникам.

Польза научения хорошо видна при работе с группами, имеющими одну и ту же проблему. Например, хорошо известны школы по работе с беременными, с больными сахарным диабетом, с перенесшими травму позвоночника, с родителями, имеющими умственно отсталых детей, группы по выработке уверенности в себе. К методикам научения можно отнести и группы взаимопомощи больных алкоголизмом (Анонимные алкоголики), наркоманиями, ожирением, хотя в подобных группах участники могут меняться местами, выполняя попеременно роли учителя и ученика.

Успех каждой из этих школ зависит от того, насколько заинтересованы (мотивированы) будут ее учащиеся. Повысить мотивацию можно, постоянно подчеркивая, что предлагаемые рекомендации легковыполнимы, а поставленная цель реально достижима. Учащиеся должны, начиная с первых занятий, почувствовать облегчение, конкретную пользу — тогда они с удовольствием продолжат занятия в будущем. Научение должно состоять не только из обсуждения рекомендаций и советов,

но также из практических занятий, где наставник обязан проверить успешность усвоения предлагаемых защитных приемов. Хорошо, если учащийся сам может проверить себя с помощью зеркала или просматривая видеозапись, на которой он выполняет необходимое упражнение.

Многократное повторение упражнений освобождает человека от тревоги, позволяет ему выработать автоматизм действий в условиях ограниченного времени. Одним из вариантов тренинга можно считать обучение пар в случае возникновения сексуальных проблем. Знакомство с особенностями мужской и женской сексуальности, изучение эрогенных зон, знакомство с противозачаточными средствами освобождают людей от неуверенности, напряжения, позволяют раскрепоститься, почувствовать безопасность, получить удовольствие от близости.

Отреагирование в действии или игре направлено на творческое самовыражение человека, освобождение от скрытых комплексов, раскрепощение. Особенный интерес к данным техникам проявляют психологи гуманистического направления. Игровая терапия подходит не только детям, но и взрослым, которые с удовольствием действуют, когда над ними не довлеют «условности общества». Примерами такой терапии могут быть занятия аэробикой, танцами, театральными постановками. Более сложной является методика психодрамы [Морено Дж., 1921], включающая в себя элементы психологического анализа. Кроме групповых, возможны индивидуальные занятия по самовыражению, т. е. лепка, рисование, работа в саду.

Отреагирование в действии особенно подходит людям, неспособным выразить в словах свой внутренний мир (алекситимия). К сожалению, отреагирование и игровая терапия не позволяют избавить человека от существующих комплексов, скорее они направлены на снятие напряжения, повышение самооценки. Так, человек, имеющий проблемы в общении, может сглаживать острое чувство одиночества, посещая один или два раза в неделю занятия в танц-классе, кружке по росписи ткани или в спортивном клубе. Часто в остальной жизни он остается таким же одиноким, как и прежде.

Парадоксальные техники в последнее время привлекают все больший интерес, поскольку они позволяют помочь пациентам, которым не помогли никакие другие психотерапевтические приемы. Предполагается, что низкий успех предшествовавшей терапии был вызван избыточной склонностью к логическому самоанализу (рефлексия). Часто причиной стойкой семейной дисгармонии становятся психологические игры (см. раздел 10.3 и рис. 10.2).

Виктор Франкл предложил избавлять людей от избыточной склонности к логике (дерефлексия) путем поощрения того поведения, от которого человек хочет избавиться. Доктор приводит в качестве примера 9-летнего мальчика с энурезом,

которому доктор предложил платить по 5 центов за каждый раз, когда он намочит постель. За неделю мальчик смог заработать только 10 центов, хотя прежде он мочился в постель каждую ночь. Сходные примеры приводятся из практики лечения сексуальных расстройств, когда супругу, страдающему импотенцией, предписывается строгое воздержание от коитуса при том, что все остальные виды сексуальных ласк и игр настойчиво рекомендуются.

Среди методов гипноза выделяют особую технику, которая особенно рекомендуется пациентам, склонным к логическому анализу. Им предлагается строго выполнять взаимоисключающие инструкции, например: «Поднимите обе руки, левую держите на уровне пояса, а правую — на уровне плеч. Теперь поменяйте руки местами, но так, чтобы левая осталась в том же положении. Теперь, не двигая ногами, сделайте шаг назад, не опуская при этом рук. Пальцы левой руки оставьте растопыренными, а правую сожмите в кулак...». Цепочка алогичных инструкций резко завершается приказом спать, и больной впадает в состояние транса.

В семейной терапии парадоксальные техники применяются в виде писем странного содержания, которые включают инструкции, поощряющие именно то поведение, от которого семья стремится избавиться. Так, склонных к ссорам супругов хвалят за то, что они посредством ссор ищут мира и взаимопонимания, и рекомендуют громко выражать свое недовольство в строго определенное время ежедневно. В лечении депрессии можно применять парадоксальные рекомендации «попытаться наиболее глубоко почувствовать тоску и безнадежность каждый вечер с 19 до 20 ч». Вариантом парадоксальных техник считается также признание врача в поражении и беспомощности, сопровождаемое восхвалением силы воли и упорства пациента, с которым он пытается противостоять любым изменениям в стиле его жизни.

Позитивное переосмысление (рефрейминг*) активно используется в позитивной психотерапии и нейролингвистическом программировании. Смысл такой психотерапии заключается в призыве по-новому взглянуть на проблему, так, чтобы она предстала в положительном, практически полезном свете. Так, специалист по позитивной психотерапии Носсрат Пезешкиан предлагает, например, рассматривать желтуху как «способность своей яркой окраской расцветить наш блеклый мир», а ожирение — как «способность здесь и теперь доставить себе удовольствие».

В нейролингвистическом программировании рекомендуется упражнение «посмотрите на себя глазами, полными люб-

---

* От англ. reframing — реструктуризация, помещение в новую раму.

ви». Больному предлагается увидеть себя таким, каким он представляется любящим его людям (матери, супругу, другу), рассмотреть в себе достоинства, а не недостатки. Этот прием весьма полезен при депрессивном настрое и пониженной самооценке.

На первый взгляд, позитивное переосмысление представляется успокаивающей, удерживающей от активных действий методикой. Однако это не так. Предполагается, что именно неуверенность в себе, чувство непреодолимой преграды мешают многим пациентам достичь того, чего им хочется больше всего. В позитивной психотерапии врач предлагает пациенту сначала вспомнить, как ему прежде удавалось преодолевать препятствия, затем пациент должен определить, чего бы он хотел больше всего, если бы ему это было позволено. Наконец, позитивное переосмысление открывает путь к тому, чтобы действовать, как будто препятствий не существует вовсе, а уже известные способы преодоления стресса гарантируют успех в достижении намеченного.

13.2. Медикаментозная коррекция психического состояния пациента

Особенностью врачебного подхода при решении психологических проблем пациента является возможность использования лекарственных средств для коррекции его состояния (табл. 13.2). Было бы неправильно надеяться на то, что психоактивные вещества могут избавить человека от всех возникающих затруднений. Известными недостатками лекарств следует признать возможность формирования *зависимости* и пассивную позицию пациента, который перекладывает на таблетки всю ответственность за свое будущее. При курировании *беременных* лучше совсем отказаться от назначения психотропных средств.

Таблица 13.2 Психотропные средства, рекомендуемые к применению в соматической практике

Группы психотропных средств	Названия препаратов	Рекомендации по применению
Нейролептики: — с выраженным седативным действием	Тизерцин, азалептин, терален, пипольфен	Обладают противорвотным, гипотензивным, холинолитическим, антигистаминным эффектами. Не вызывают зависимости. Производные фенотиазина противопоказаны при декомпенсации функции печени и почек, раздражающе действуют на желудок

Группы психотропных средств	Названия препаратов	Рекомендации по применению
— с антидепрессивным действием	Эглонил, хлорпротиксен, тиаприд	
— «корректоры поведения»	Неулептил, сонапакс, галоперидол, рисполепт	
Антидепрессанты:		Действие всех препаратов развивается медленно. Не вызывают зависимости
— трициклические и гетероциклические	Амитриптилин, мелипралин, людиомил, анафранил, герфонал	Обладают сильным антидепрессивным действием. Из-за выраженного холинолитического эффекта противопоказаны при нарушениях сердечного ритма, глаукоме, аденоме простаты, хроническом запоре
— ингибиторы МАО	Пиразидол, аурорикс	Практически не имеют противопоказаний, антидепрессивное действие умеренное
— селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)	Флюоксетин, паксил, феварин, ципрамил, золофт	Эффективны при всех видах депрессии, для профилактики приступов паники. Снижают аппетит, изредка вызывают тошноту, головную боль, диарею, чувство «бурления» в животе. Крайне низкотоксичны
— другие	Коаксил, леривон, ремерон, иксел, гептрал	Низкотоксичны. Не имеют явных противопоказаний. Гептрал обладает гепатопротекторным действием
Транквилизаторы:		Действуют быстро. Могут вызвать зависимость и злоупотребление. Снижают тонус мускулатуры, ухудшают запоминание и нарушают координацию движений. При передозировке угнетают дыхательный центр
— короткого действия	Имован, ивадал, лоразепам, нозепам, алпразолам	
— длительного действия	Нитразепам, рогипнол, элениум, феназепам, диазепам, транксен	
— растительные	Валериана, пустырник, пассифлора, новопассит	Можно назначать на длительное время, безопасны для детей
Ноотропы	Пирацетам, энцефабол, гли-	Улучшают память и работоспособность. Эффективны при асте-

Группы психотропных средств	Названия препаратов	Рекомендации по применению
	цин, семакс, церебролизин, аминалон, танакан, пикамилон, пантогам, когитум, мексидол, мемантин, кавинтон, сермион, инстенон, мелатонин	нии, повышают устойчивость к стрессу. Действуют только при длительном применении. Имеют очень мало противопоказаний и ограничений к назначению. Пирацетам обладает раздражающим действием на желудок
Стимуляторы и адаптогены	Кофеин, пантокрин, препараты женьшеня, элеутерококка, аралии, родиолы розовой, лимонника	Повышают артериальное давление, могут вызвать тахикардию. Нарушают сон, усиливают тревогу, повышают работоспособность на короткое время. После приема требуется отдых
Противосудорожные средства	Карбамазепин, дифенин, клоназепам, фризиум	Уменьшают раздражительность, нормализуют сердечный ритм, применяются для профилактики приступов паники, вызывают сонливость. Резкое прекращение приема опасно при высоком риске эпилепсии

Вместе с тем во многих ситуациях психофармакотерапия на практике доказала свою высокую эффективность, надежность и безопасность. Многочисленными исследованиями показано, что в случае депрессии выздоровление может быть достигнуто как с помощью лекарств, так и с помощью психотерапии. При этом лекарственное лечение оказалось более надежным, его эффект меньше зависел от умения и опыта врача. Особенно важно использовать лекарственные средства в кризисных ситуациях (паника, экстренное поступление в стационар, подготовка к операции), т. е. тогда, когда врач еще не имеет достаточной информации о больном, а взаимопонимание и сотрудничество еще не установлены. Боязнь психоактивных веществ, как правило, свидетельствует о плохой осведомленности врача в вопросах механизма их влияния. В действительности имеется множество аналогий и параллелей между средствами, применяемыми психиатрами и врачами-интернистами. Далее мы специально отметим лекарства соматической медицины, обладающие явным психотропным действием.

Одинаково ошибочным следует признать как злоупотребление психотропными средствами, так и настойчивый отказ от их применения!

Знакомство с механизмами действия психоактивных веществ позволяет использовать их дополнительные эффекты для лечения соматических симптомов. Очень важно знать о побочном действии психофармакопрепаратов, чтобы избежать осложнений комплексной терапии психосоматических расстройств. Принято делить психотропные средства на нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропные, психостимулирующие и противосудорожные средства (см. табл. 13.2).

Нейролептики (антипсихотические средства) чаще всего используются для лечения психозов (шизофрении, мании, возбуждения). Однако спектр психотропных, вегетативных и соматических эффектов этих препаратов так широк, что они находят применение в самых различных областях медицины.

Механизм действия нейролептиков тесно связан с блокадой дофаминовых, норадреналиновых, гистаминовых и серотониновых рецепторов мозга. Многие нейролептики обладают холиноблокирующими свойствами.

Блокада дофаминовых рецепторов определяет выраженный центральный *противорвотный,* нормализующий моторику желудочно-кишечного тракта эффект. Так, нейролептик метоклопрамид (церукал) активно используется в гастроэнтерологии. Аналогичное средство сульпирид (эглонил) специально рекомендовано для лечения язвенной болезни. Блокада норадреналиновых рецепторов определяет выраженный *гипотензивный эффект* нейролептиков, в этом смысле резерпин рассматривается как средство, во многом совпадающее по действию с нейролептиками. Способность блокировать гистаминовые рецепторы позволяет назначать нейролептики для лечения *аллергии и зуда,* специально с этой целью в медицине применяют нейролептик дипразин (пипольфен). Важной особенностью нейролептиков считают способность потенцировать действие обезболивающих средств: так, препарат дроперидол используется вместе с фентанилом для проведения *нейролептаналгезии.*

Психотропные эффекты нейролептиков также многообразны. В целом их действие рассматривается как *успокаивающее.* Некоторые препараты можно назначать в качестве снотворных. Особенностью действия нейролептиков считают то, что седативный эффект не сочетается с расслаблением мышц и нарушением координации. Важно отметить, что при применении нейролептиков никогда не развивается привыкания, злоупотребления и психической зависимости, это позволяет проводить лечение длительно. Успокаивающее действие у не-

которых препаратов (эглонил, хлорпротиксен, сонапакс) сочетается с легким *антидепрессивным.* В случае активного стремления к суициду нейролептики оказывают более быстрое и надежное действие, чем антидепрессанты, спасают от опрометчивого шага, хотя в дальнейшем все же требуется специальное лечение у психиатра.

Во многих случаях только психологические методы не могут предотвратить необдуманные и неконструктивные поступки пациентов. Так, больные с психопатическими чертами характера, а также с пограничными нарушениями интеллекта часто нарушают режим отделения, вступают в конфликт с соседями по палате, медицинским персоналом, бывают нетерпеливы, слишком бурно выражают свое возмущение, проявляют несдержанность и агрессию. Назначение малых доз нейролептиков (сонапакса, неулептила) позволяет в этом случае *корригировать их поведение,* избегать конфликтов, поддерживать мир и спокойствие в стационаре и в семье. Особенно рекомендуется назначение нейролептиков при возрастных нарушениях интеллекта. В отличие от транквилизаторов эти препараты не вызывают вялости, что особенно важно для предотвращения падений и переломов. Для удобного дозирования многие нейролептики (галоперидол, неулептил, рисполепт) выпускаются в виде капель. Также допускается применение нейролептиков в детском и подростковом возрасте, например в случае психопатии и при синдроме детской гиперактивности.

Малые дозы нейролептиков используются при неврологических нарушениях. В частности, они весьма эффективны при детских генерализованных тиках (синдром Жиля де ля Туретта) и некоторых вариантах гиперкинезов (хорея Гентингтона).

К сожалению, при использовании нейролептиков могут возникать некоторые *побочные эффекты.* В соматической медицине чаще применяются такие малые их дозы, что вероятность нежелательных симптомов очень невелика. Так, холинолитическое действие проявляется сухостью во рту, усилением запора, повышением вязкости мокроты, нарушением аккомодации, тахикардией. Снижение артериального давления может быть слишком резким (ортостатические коллапсы). Длительное лечение может приводить к повышению уровня пролактина и вследствие этого — к дисменорее, гинекомастии, преходящим проблемам в сексуальной жизни. Большие дозы нейролептиков могут вызвать появление неврологических расстройств в виде тремора, спазмов и гиперкинезов.

Особенно осторожным следует быть при применении *производных фенотиазина* (аминазин, тизерцин, пипольфен, сонапакс, неулептил). Эти препараты в больших дозах могут нарушать функцию печени. При выраженной декомпенсации печеночных заболеваний они противопоказаны! Кроме то-

го, эти препараты обладают местно-раздражающим действием. При язвенной болезни их следует применять вместе с обволакивающими средствами. Внутримышечные инъекции производных фенотиазина очень болезненны. Передозировка сонапакса может приводить к поражению сетчатки.

Антидепрессантами называют средства с различными механизмами действия, благотворно влияющие на подавленное настроение, преодолевающие тоску, пониженную самооценку и пессимизм. В соматической практике поводом к назначению антидепрессантов считают не только депрессию, но и психогенные боли, приступы паники, вызванные стрессом нарушения сердечного ритма, психосоматические заболевания (язвенная и гипертоническая болезнь). Очень важно использовать антидепрессанты в лечении и реабилитации пациентов, испытывающих чувство безысходности, разуверившихся в возможности выздоровления, пассивно относящихся к лечению, отказывающихся от предлагаемой помощи.

Особенностью этих лекарств является крайне медленно развивающийся эффект (не ранее чем через 2—3 нед после начала лечения). Это означает, что назначать антидепрессанты при кратковременных расстройствах настроения бессмысленно, курс лечения антидепрессантами должен быть длительным (не менее 1,5 мес). Даже при многолетнем приеме антидепрессантов не развивается привыкания, злоупотребления и психической зависимости. Отдельные группы антидепрессантов существенно различаются по механизмам действия и имеющимся побочным эффектам.

Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин, тримипрамин, доксепин) считаются одними из самых мощных антидепрессивных средств. Однако из-за выраженных побочных эффектов они чаще применяются в психиатрической, а не в соматической практике.

Механизм действия трициклических антидепрессантов — это предотвращение обратного захвата моноаминов (норадреналина, серотонина, дофамина) в синапсах мозга. Их побочные эффекты связаны с выраженным холинолитическим действием. Блокада М-холинорецепторов вызывает сухость во рту, тахикардию, паралич аккомодации, расширение зрачка, повышает вязкость мокроты, снижает моторику кишечника, вызывает задержку мочеиспускания. Это определяет противопоказания к назначению трициклических антидепрессантов: нарушения сердечного ритма, глаукома, хронический запор, аденома предстательной железы, обструктивные заболевания легких. Напротив, при язвенной болезни холинолитическое действие может быть полезным.

Особенно осторожным следует быть при назначении этих лекарств пациентам пожилого возраста. Эпидемиологические

расчеты показывают, что на фоне приема этих средств повышается риск внезапной сердечной смерти. Некоторые женщины бывают обеспокоены значительной прибавкой массы тела при приеме этих лекарств. Назначая данные препараты, лучше посоветоваться с профессиональным психиатром и клиническим фармакологом.

Ингибиторы МАО (моноаминоксидазы) ранее применялись довольно широко, однако в последнее время препараты первого поколения назначают исключительно редко из-за невозможности сочетать их с большинством лекарственных средств и некоторыми пищевыми продуктами. Способностью ингибировать МАО обладают многие противотуберкулезные препараты (тубазид, фтивазид) и производные нитрофурана (фурагин, фуразолидон и пр.).

Препараты нового поколения (пиразидол, бефол, моклобемид) считаются безопасными, редко вызывают побочные эффекты, могут назначаться в любом возрасте. Однако при тяжелой депрессии эти препараты недостаточно эффективны. Их эффект рассматривается как преимущественно стимулирующий.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) в последнее время применяются особенно часто в соматической практике. В эту группу включают флюоксетин, пароксетин, флювоксамин, сертралин и циталопрам и др. Антидепрессивный эффект этих препаратов хотя и развивается медленно, но бывает достаточно сильным. Важно отметить крайне низкую токсичность, которая исключает использование этих средств с суицидальной целью. Побочные эффекты также развиваются редко, некоторые больные жалуются на головные боли, тошноту, головокружение, чувство «бурления» в животе и диарею. Обычно эти явления проходят через несколько дней. Данные средства снижают аппетит и могут использоваться для лечения ожирения. Особенно удобны эти лекарства в амбулаторной практике, так как их принимают обычно один раз в день в стандартной дозе (1 или 2 таблетки).

В последнее время используется множество антидепрессантов с другими механизмами действия. Наименьшее количество побочных эффектов вызывают коаксил (тианептин), гептрал (адеметионин) и препараты зверобоя продырявленного (Hypericum perforatum). Однако антидепрессивное действие этих средств оценивается как слабое. Гептрал также обладает гепатопротекторным действием. Миансерин (леривон), миртазапин (ремерон), милнаципран (иксел) обладают сильным антидепрессивным эффектом, однако могут вызывать сонливость (чаще принимают на ночь), плохо сочетаются с лекарствами, используемыми в кардиологии (дигоксин, клонидин), могут провоцировать глаукому и затруднения мочеиспускания.

Транквилизаторы (анксиолитики) применяются для быстрого преодоления тревоги, страха, беспокойства. Их действие реализуется через тормозные ГАМКергические рецепторы. По механизму они сходны с барбитуратами, этиловым спиртом, некоторыми противосудорожными средствами. Эффект этих препаратов развивается очень быстро (при внутривенном вливании мгновенно), но бывает непродолжительным. Прекращение приема может приводить к возобновлению исчезнувших симптомов. Среди прочих психотропных средств транквилизаторы чаще всего бывают причиной привыкания, зависимости и злоупотребления. Вероятность возникновения зависимости повышается при длительном применении анксиолитиков, использовании высоких доз и частом внутривенном введении. Особенно склонны к злоупотреблению этими средствами лица с расстройствами личности (психопатия). Маленьким детям транквилизаторы не назначают.

Хотя во многих руководствах транквилизаторы описываются как довольно безопасные средства, не следует забывать об их дополнительных эффектах. Успокаивающее действие транквилизаторов нередко сочетается с довольно выраженным миорелаксирующим. Этот эффект можно использовать при лечении соматических синдромов, сопровождающихся напряжением мышц и болью (головные боли напряжения, радикулярные боли). Однако при миастении расслабление мышц чрезвычайно опасно и может привести к прекращению дыхания. Особенно выраженным бывает миорелаксирующий эффект у пожилых пациентов; это приводит к падениям и переломам. Нарушение координации движений и снижение внимания не позволяют использовать транквилизаторы во время вождения автотранспорта. Ухудшение внимания также нарушает запоминание и мешает обучению. Передозировка анксиолитиков приводит к угнетению дыхательного центра, поэтому их не следует назначать при дыхательной недостаточности. Внутривенное их введение должно быть медленным.

Нередко транквилизаторы назначают в качестве снотворных средств. Действительно, они вызывают быстрое засыпание и сон, близкий к физиологичному. Однако предпочтение следует отдавать препаратам с коротким периодом полувыведения (имован, ивадал, нозепам), в этом случае можно избежать сонливости в дневное время. Некоторые пациенты жалуются, что при приеме этих лекарств они испытывают особенно яркие, утомительные сновидения. Не следует забывать о возможности психологической коррекции расстройств сна (см. раздел 15.3).

Описанные свойства определяют следующие рекомендации по назначению транквилизаторов. Их следует использовать только для кратковременного приема (не более 2—3 нед). Поводом к назначению могут быть реакции на острый стресс

(смерть близкого человека, внезапно возникшая болезнь, ожидание операции, экстренное поступление в стационар, непродолжительный конфликт). Пожилым пациентам назначаются только препараты короткого действия (лоразепам, оксазепам, алпразолам) в половинных дозировках. Во всех случаях, когда есть сомнения в безопасности транквилизаторов, предпочтительно использовать безопасные нейролептики (сонапакс, хлорпротиксен, эглонил) или антидепрессанты с седативным эффектом (коаксил, феварин, паксил).

Растительные транквилизаторы (валериана, пустырник, пассифлора) считаются более безопасными, их можно принимать длительное время. Они особенно подходят для амбулаторной практики, могут быть назначены детям. Однако их эффективность в условиях острого стресса существенно уступает синтетическим средствам. В литературе описаны случаи стойкой заторможенности и вялости на фоне длительного приема валерианы.

Ноотропы и ноотропоподобные средства назначаются для улучшения процессов мышления и памяти, повышения устойчивости к стрессу, преодоления негативного воздействия болезни на работу мозга. В большинстве случаев эти средства лишены явного психотропного (успокаивающего или стимулирующего) эффекта. Кратковременный прием этих лекарств бессмыслен, поскольку действие их развивается медленно. Принимать ноотропы могут люди любого возраста. Показанием к их назначению считают астенические состояния, последствия интоксикаций, инфекций и травм, ослабление памяти, нарушения внимания. При сосудистых заболеваниях отдают предпочтение препаратам, улучшающим мозговой кровоток (винпоцетин, танакан, инстенон, сермион), они могут снижать артериальное давление. Детям с нарушениями психического развития чаще назначают пирацетам (ноотропил), глицин, энцефабол, семакс. Пирацетам и церебролизин выбирают также в том случае, когда требуется парентеральное введение.

Пирацетам следует назначать с осторожностью при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, поскольку он обладает местно-раздражающим действием. У пожилых пациентов данный препарат может вызывать нарушения сна, беспокойство и усиление тревоги.

Стимулирующие вещества редко используются для коррекции психического дискомфорта, поскольку они усиливают тревогу, вызывают нарушения сна. В соматической практике их способность повышать артериальное давление и усиливать сердечную деятельность может быть как полезной, так и вредной. Показания к назначению мягких стимулирующих средств ограничиваются состояниями неглубокой астении. Длительный прием этих лекарств не рекомендуется. После приема их

в утренние часы рекомендуются полноценный отдых и сон во второй половине дня.

Противосудорожные средства чаще всего назначаются при лечении эпилепсии, однако они также имеют психотропное действие. Замечено уменьшение раздражительности и агрессивности у пациентов, принимающих карбамазепин. На фоне приема противосудорожных средств уменьшается частота приступов паники у пациентов со склонностью к фобиям. Дифенин (фенитоин) обладает антиаритмическим действием. К сожалению, подобно транквилизаторам, эти средства ухудшают внимание и вызывают сонливость. Резкое прекращение приема данных средств после их длительного применения может спровоцировать появление эпилептических припадков у лиц с пониженным порогом судорожной готовности.

* * *

Врачи-интернисты хорошо знакомы с психотропным действием средств, которые традиционно не относят к психоактивным. Так, известно, что седативным эффектом обладают многие антигистаминные препараты (димедрол, диазолин, супрастин, тавегил), клофелин (клонидин), резерпин, β-блокаторы (анаприлин, атенолол). Неоправданный страх перед психотропными средствами часто заставляет врачей отдавать предпочтение одному из названных лекарств. Это не означает, что они более безопасны. Так, известны пациенты, злоупотребляющие димедролом или клофелином. Многие антигистаминные средства (димедрол, пипольфен) обладают также холинолитическим эффектом, который может оказаться нежелательным. Среди прочих средств особого внимания заслуживают β-блокаторы, которые показали свою действенность в случае острого страха перед предстоящим событием (экзамен, пользование транспортом), они также уменьшают сердцебиение и тремор.

13.3. Основные психологические приемы профилактики и реабилитации

Поиск способов **предупреждения болезней** остается одной из самых интересных и труднореализуемых задач медицины. Разработка современных вакцин и химиотерапевтических средств позволила существенно снизить риск возникновения многих инфекционных заболеваний. Однако для большинства расстройств неинфекционного происхождения до сих пор не найдено эффективных способов профилактики. Одним из путей повышения выносливости и устойчивости по отношению к болезням может быть психокоррекционная работа.

Ранее мы уже изложили наблюдения, в которых было показано, что частота соматических заболеваний зависит от количества жизненных событий, их стрессогенности, а также от индивидуальной выносливости по отношению к стрессу (см. раздел 12.2). Личностное разнообразие приводит психологов к мысли о том, что, вероятнее всего, невозможно выработать общие для всех людей принципы профилактики расстройств, вызванных стрессом. Вероятно, большие группы населения вовсе не нуждаются в каких-либо профилактических мероприятиях, поскольку обладают высокой выносливостью, зависящей как от их природных качеств, так и от благоприятного воздействия окружающего их микросоциума (прочная семья, любимая работа, широкий круг друзей). Профилактика будет более эффективной, если проводить ее по отношению к людям, входящим в группы риска. Среди факторов, определяющих высокий риск психосоматических заболеваний, называют одиночество, отсутствие четко очерченных целей в жизни, неумение выражать свои чувства в межличностном общении (алекситимия), личностные дисгармонии (психопатии).

Набор профилактических методик будет зависеть от индивидуальных качеств пациента. Так, люди, страдающие от недостатка общения (демонстративные, педантичные, тревожно-мнительные), вероятно, получат пользу от групповых методов коррекции. Это могут быть группы тренинга навыков общения, спортивные коллективы (аэробика, туризм), группы совместного творчества (танц-классы). Пациенты, склонные к внутреннему напряжению, сдерживающие раздражение (застревающие, возбудимые), нуждаются в релаксационных методиках (аутотренинг, успокаивающая музыка, массаж, бальнеологические процедуры) или, напротив, в отреагировании в действии (активные физические упражнения, фитнес-клубы, плавание, теннис). Внутреннее напряжение снижает также периодический прием безопасных нейролептиков (эглонил, сонапакс, неулептил) или карбамазепина. Склонные к усталости и утомлению (астеники), кроме релаксационных мероприятий (в организации которых им следует помочь), нуждаются в периодическом приеме ноотропных и общеукрепляющих средств. Тренирующие нагрузки для таких пациентов должны быть строго дозированы, чтобы не усиливали чувство усталости. Люди, склонные к пониженной самооценке, лучше воспринимают индивидуальную психотерапию: в группе они не могут раскрыть себя, остаются пассивными и молчаливыми. Психотерапевтические подходы в этом случае основаны на позитивном переосмыслении («посмотрите на себя глазами, полными любви»), а также на повышении активности логики в противовес эмоциям (когнитивная терапия). Во многих случаях дистимическим личностям для повышения выносливости

Таблица 13.3. Цели и средства психокоррекции на различных этапах болезненного процесса

Этап болезненного процесса	Цели медицинского вмешательства	Приемы психокоррекции
Повышенный риск болезни	Предупреждение болезни (профилактика)	Релаксация, повышение устойчивости к стрессу посредством тренинга, отреагирования в игре, приема лекарств (ноотропы, корректоры поведения, антидепрессанты)
Подозрение о возникновении болезни (премедицинская фаза)	Своевременное обращение к врачу	Активизация, директивные формы анализа психологических защит, отказ от психотропных средств
Острая манифестация болезни	Прекращение паники, организация сотрудничества	Директивные методики: суггестия, переубеждение, научение, введение транквилизаторов (анксиолитиков)
Активная адаптация (реконвалесценция)	Преодоление эйфории и благодушия	Недирективные методики анализа психологических защит, научение, парадоксальные техники, притчи, переубеждение
Психическая декомпенсация	Активное вовлечение пациента в процесс борьбы с болезнью	Подкрепление и торможение условного рефлекса, научение, релаксация, недирективные формы психологического анализа, отреагирование в игре, парадоксальные техники, позитивное переосмысление, прием антидепрессантов, ноотропов
Пассивная адаптация (капитуляция)	Повышение самооценки, профессиональная и психологическая реабилитация	Позитивное переосмысление, недирективные методы переубеждения и анализа, притчи, парадоксальные техники, прием антидепрессантов, научение и условно-рефлекторная (поведенческая) терапия

рекомендуют длительный прием безопасных антидепрессантов. Транквилизаторы в качестве профилактических средств никогда не назначают!

Трудно переоценить значение психокоррекционных приемов для проведения **реабилитации** больных.

Восстановление трудоспособности и социального статуса пациента после перенесенного заболевания не представляет существенной проблемы, если он сам активно помогает медицинским и социальным работникам. Активность, стремление к самореализации, уверенность в своих силах, высокая само-

оценка, заинтересованность помогают человеку найти свое место в жизни даже при тяжелых инвалидизирующих заболеваниях и травмах. Таким образом, главной задачей реабилитации следует считать создание сильного стремления (мотивации) к восстановлению социального статуса. Этому может мешать либо депрессивный настрой пациента, либо наличие рентной установки.

Депрессия является универсальной реакцией человека на тяжелые жизненные события, поэтому она наблюдается чрезвычайно часто в случае возникновения неизлечимого заболевания, утраты способностей (ходить, видеть, слышать, получать сексуальное удовлетворение и пр.) или внешней привлекательности. Чувство безысходности не позволяет людям видеть возможные выходы из ситуации, часто становится причиной стремления к суициду. Важно вовремя диагностировать депрессию и предпринять активные действия по ее преодолению. Наиболее надежным считается применение лекарственных средств (антидепрессантов). Больные активно сопротивляются их назначению, заявляют, что никакое лекарство не может вернуть им утраченные способности. Важно проявить настойчивость, опираясь на логику, объяснить суть феномена депрессии, подчеркнуть, что, только изменив настроение, можно разглядеть тот выход, который существует в действительности, но пока не виден пациенту. Действие лекарств усиливают недирективные психотерапевтические приемы: позитивное переосмысление, притчи, логическое переубеждение.

Рентные установки чаще возникают у пациентов с чертами эгоцентризма (застревающие, демонстративные, возбудимые). Такие люди отказываются от приобретения новой профессии, тренинга, психотерапии, так как рассчитывают на получение некоторой выгоды от болезни. В психотерапевтической работе с такими пациентами следует подчеркивать, что отказ от самореализации наносит вред в первую очередь им самим, так как научными исследованиями доказано, что люди, лишенные ясной цели в жизни, отличаются более низкими показателями здоровья.

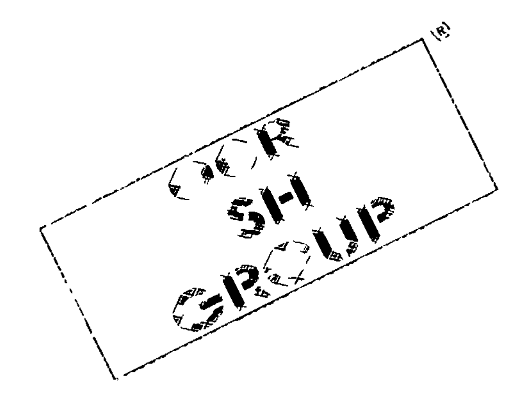
Рекомендации по использованию различных психокоррекционных приемов на различных этапах болезни изложены в табл. 13.3.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Аргайл М. Психология счастья: Пер. с англ. / Общ. ред. и вступ. ст. М. В. Кларина.— М.: Прогресс, 1990.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы: Пер. с англ.— СПб.: Лениздат, 1992.

Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии: Пер. с англ.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций: Пер. с англ.— СПб.: Речь, 2000.
Гегенбюль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине: Пер. с нем. / Научн. редакция В. В. Зеленского.— СПб.: Б. С. К., 1997.
Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение).— М.: Триада-Х, 2000.
Карвасарский Б. Д. Психотерапия.— М.: Медицина, 1985.
Кондрашенко В. Т., Донской Д. И. Общая психотерапия.— Минск: Навука і тэхніка, 1993.
Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка: Справочное пособие для врачей.— Л.: Медицина, 1986.
Михайлов К. Уход за больными с элементами психотерапии.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.
Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем.— М.: Медицина, 1996.
Райский В. А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней.— М.: Медицина, 1985.
Руководство по психотерапии: 3-е изд. / Под ред. В. Е. Рожнова.— М.: Медицина, 1985.
Уикс Д. Р., Л'Абат Л. Психотехника парадокса.— М.: Маркетинг, 2002.
Франкл В. Доктор и душа.— СПб.: Ювента, 1997.
Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Грозмана и Д. А. Леонтьева.— М.: Прогресс, 1990.
Шульц И. Аутогенная тренировка: Пер. с англ.— М.: Медицина, 1985.
Ялом И. Экзистенциальная психотерапия: Пер. с англ.— М.: Независимая фирма «Класс», 1999.



Глава 14 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В предыдущих главах мы подробно описали разнообразные варианты личности, явления стресса и психологической защиты. Было бы ошибкой считать, что все это имеет отношение только к больному. Профессия врача рассматривается как весьма напряженная, связанная с высоким уровнем стресса (табл. 14.1). Дополнительным источником переживаний является то, что врач вынужден скрывать свои переживания от пациента, сдерживать эмоции. В качестве защиты от психологического дискомфорта врачом могут быть использованы как весьма эффективные, высокоразвитые механизмы, так и довольно примитивные, которые нарушают межличностные отношения, мешают взаимопониманию, ухудшают общий результат работы. К сожалению, не всегда удается разумно регулировать собственное поведение и избирать наилучшую тактику, поскольку поступки определяются личностью врача и часто неосознаваемыми глубинными психическими процессами. Однако попытки проанализировать свои переживания, действия и высказывания могут помочь хотя бы частично скорригировать поведение и повысить эффективность работы.

Таблица 14.1 Средняя выраженность стресса у представителей различных профессий (по данным К. Купер, 1985)

Профессии	Средняя выраженность стресса по десятибалльной шкале
Шахтер	8,3
Полицейский, пилот гражданской авиации, тюремный надзиратель, журналист	7,5—7,7
Стоматолог, актер, политик	7,0—7,3
Врач, работник налоговой службы, режиссер	6,5—5,8
Пожарный, музыкант, учитель	6,2—6,3
Менеджер, профессиональный футболист, продавец	5,7—5,8
Водитель автобуса, **психолог**	5,2—5,4
Фермер, дипломат, военнослужащий	4,4—4,8
Парикмахер, секретарь, дизайнер, инженер	4,2—4,3
Экономист, почтальон, статистик, архитектор	3,8—4,0
Лингвист, банкир, астроном, инструктор по трудотерапии	3,4—3,7
Библиотекарь, работник музея	2,0—2,8

Одним из важнейших навыков медицинского работника считают умение выбрать правильную позицию в межличностном общении (с пациентами, их родственниками, своими коллегами, начальством, медицинскими сестрами). Психологи отмечают, что в основе взаимопонимания (эмпатии) обычно лежит двойственная позиция человека, внутренняя борьба между согласием с собеседником и стремлением противостоять ему. Так, беседуя с больным, врач не только противопоставляет себя пациенту («Я могу вас вылечить»), но и сочувствует ему («Я тоже иногда болею»). Важно, чтобы эти две тенденции находились в гармоничном соотношении. Попытка полностью идентифицировать себя с больным делает медицинского работника очень слабым, растерянным, беспомощным, мешает вселить в пациента надежду на выздоровление. Отказ от признания в себе потенциального больного, напротив, делает врача слишком холодным, надменным, недоступным, механическим. Наиболее желательная уравновешенная позиция была описана известным психологом Адольфом Гуггенбюль-Крейгом как образ «раненого целителя», который он сравнивал с богом врачевания Асклепием, известным своей хромотой.

14.1. Партнерские взаимоотношения с пациентом

Безусловно, успех лечения будет лучше в том случае, если врач и пациент стремятся к одной цели и помогают друг другу. Это возможно только тогда, когда удается достичь равноправия в общении. Демократизация российского общества потребовала введения законодательных основ для такого равноправия. В частности, закон требует письменного оформления *информированного согласия* пациента при проведении активных методов лечения (хирургические операции, электросудорожная терапия, лечение в психиатрическом стационаре), а также в случае участия в исследовательской работе. Однако подписание такого документа не дает нам гарантии того, что между врачом и больным будут установлены отношения, основанные на сотрудничестве. Необходимо приложить усилия для того, чтобы больной принял равноправную с врачом позицию. Психологическое равноправие не означает взаимозаменяемости, ведь позиция врача определяется и его знаниями, умениями, и законодательно закрепленными обязанностями. Следует учитывать, что двойственность, которую мы описали выше, характерна не только для медицинского работника, но и для пациента. Чтобы сотрудничать с врачом, больной должен чувствовать себя не только объектом медицинских манипуляций («Меня могут вылечить»), но и активным их участником («Я сделаю все, чтобы меня вылечили»). Таким

образом, чтобы достичь истинно партнерских взаимоотношений, мы должны стремиться разбудить в больном своего «внутреннего врача».

Условиями формирования партнерских отношений между больным и врачом являются:

- уважение интересов больного
- разумная, серьезная позиция
- осведомленность больного
- доверие, основанное на честности и правдивости
- разделение ответственности
- подсознательное чувство симпатии

Одной из частых причин отсутствия взаимопонимания бывает то, что врач и больной ставят перед собой разные цели. Так, пациент может стремиться как можно быстрее вернуться на работу или в семью, в то время как врач желает обеспечить ему наибольшую безопасность на будущее. Кто прав в этой ситуации? Мы считаем, что только пациент может знать, что для него важнее. Любая другая точка зрения означает, что лечение проводится ради врача. Это не значит, что медицинские работники должны пассивно выполнять любую просьбу. Врач может не соглашаться с мнением больного, защищать интересы общества и других пациентов, но он не должен считать, что знает лучше самих больных, что им нужно. Можно и нужно пытаться объяснить пациенту преимущества и недостатки различных его поступков, познакомить его с возможностями современной медицины, указать на более рациональные решения, критиковать неконструктивную, с вашей точки зрения, тактику, но это все должно сочетаться с уважительным отношением к рассуждениям больного и признанием того, что окончательное решение должен сделать он сам.

Чувство уважения к мнению пациента опирается на уверенность в том, что любое принятое решение является взвешенным и *серьезным*. Легковесность в общении может исходить как от пациента, так и от врача. Одной из причин поверхностности бывает включение психологической защиты, когда люди, приближаясь к обсуждению волнующих их тем, начинают испытывать неловкость и невольно уходят от обсуждения всего тягостного, превращая все в шутку. Еще один защитный механизм — это фантазирование. Некоторые пациенты спасаются от обсуждения действительно важных тем, рассказывая о себе небылицы, обращаясь к мелким и несущественным фактам своей биографии. Если врач примет эти правила, то беседа может превратиться в совершенно неконструктивную игру, состоящую из взаимных комплиментов и шуток (более подробно явление психологической игры было описано в разделе 10.3).

Юмор вообще должен быть очень осторожно использован в разговоре с пациентом. Во-первых, не все люди обладают достаточным чувством юмора. Выражение, которое врачу кажется забавным, у пациента может вызвать непонимание и обиду. Во-вторых, причиной обращения к врачу бывают весьма серьезные проблемы, которые никак не сочетаются с улыбкой. Врача не должно обманывать стремление пациента шутить при первом обращении за помощью: вероятнее всего, это проявление психологической защиты в ответ на стресс. При возникновении чувства неоткровенности и поверхностности в разговоре следует попытаться косвенно указать на это больному фразами «Что вы сами думаете по поводу того, что мне только что рассказали?», «Мне кажется, говоря это, вы думали о чем-то совсем другом», «Что вы почувствовали, когда рассказывали мне это?». Отношение к юмору меняется по мере того, как пациент движется к выздоровлению, успех в лечении и позитивные перспективы можно подчеркнуть шуткой.

Интересно, что разумной и серьезной позиции можно ожидать даже от пациентов с психическими заболеваниями и нарушениями интеллекта. Замечено, что большинство больных с бредом соглашаются на проведение специального лечения, чувствуя его положительный эффект. Больные с олигофренией, конечно, не могут понять механизма действия лекарств, но они способны осознать практические цели лечения, конкретную пользу, которую получают от него. При сопротивлении со стороны больного призвать его к серьезной, взвешенной позиции можно словами «Не спешите», «У вас есть время обдумать мои слова», «Я предлагаю вам начать лечение сейчас и принять решение, имея собственное представление о том, что я говорю. Позже вы сможете поменять свое мнение».

Невозможно рассчитывать на партнерские взаимоотношения, если пациент не *осведомлен* относительно опасности своего состояния, результатов проведенных обследований и возможного исхода болезни. Сокрытие этих фактов от больного свидетельствует о неуважении чувств пациента или о слабости и неуверенности врача, его боязни, что он не сможет справиться с возникшей реакцией больного. Растерянность, которую демонстрирует врач в ответ на прямые вопросы пациента, выдает его неоткровенность.

Начиная работу с больным, врач часто пользуется некоторым кредитом *доверия*, основанным на достижениях всей медицины в целом. В дальнейшем легко потерять это доверие, если больной получит некоторые свидетельства нечестности или обмана. Один из важнейших этических вопросов, который постоянно встает перед врачом,— это возможность лжи во благо. С одной стороны, на этот вопрос можно ответить довольно категорично: любая ложь аморальна, обманывать

труднее, чем говорить правду. Допустив обман, во имя сохранения доверия приходится всеми силами отстаивать свою правоту, идти на новый обман, чтобы не быть уличенным во лжи. С другой стороны, не так легко определить, что есть истина: иногда правильные слова могут быть сказаны с ложной интонацией, наконец, врач тоже может заблуждаться. Не следует также забывать о том, что мы действуем в интересах больного, который сам может стремиться к самообману, просить врача о том, чтобы его обманули. Поэтому на вопрос «Доктор, я буду жить?» нельзя просто ответить «да» или «нет»: такой вопрос — это просьба об успокоении и защите.

Пытаясь скрывать что-либо от больного, мы должны понимать, что пациент часто имеет гораздо больше возможностей узнать что-либо о враче, чем врач о больном. Ведь он имеет много времени для наблюдения, беседует с другими пациентами, медсестрами. В этой ситуации очень трудно скрыть что-либо. Часто больные подвергают врача проверке на чистосердечие. Важно заметить такую проверку и отвечать чрезвычайно искренне: это обезоруживает собеседника, позволяет значительно упрочить позиции врача. Особенно это важно для молодого врача, к которому пациенты относятся с осторожностью.

Тяжелым испытанием для больного и врача могут стать момент сообщения опасного диагноза и предупреждение о необходимости операции. Современный взгляд обязывает сообщить больному всю касающуюся его здоровья информацию. Однако это не означает, что не следует позаботиться о чувствах и переживаниях пациента. Здесь многое зависит от умения сочувствовать и эмоционально поддерживать больного. Сообщение страшного диагноза должно тут же сочетаться с указанием на существующие возможности преодоления ситуации, на достижения медицины в лечении данного заболевания, на случаи выздоровления после операции и химиотерапевтического лечения.

Важное условие партнерства — это *разделение ответственности* между всеми участниками лечебного процесса. Врач должен четко определить границы своей ответственности и не пытаться брать на себя решение таких вопросов, которые выходят за рамки его компетенции. Больные часто стремятся снять с себя ответственность и получить у врача четкие инструкции, как им жить дальше. Так, решение о вступлении в брак, разводе, зачатии ребенка, увольнении с работы и др. может принимать только сам больной. Можно лишь высказать имеющиеся свидетельства «за» и «против» и указать на то, что ответственность за решение в данном случае несет сам больной. Важно показать больному его собственные возможности для движения к здоровому образу жизни, заметить слабости в его позиции, но бессмысленно упрекать его в несоблюдении

режима, невыполнении рекомендаций: ведь он сам принимает решение о том, как ему поступать. Попытки врача контролировать каждый шаг больного означают стремление полностью взять его под свою опеку, сделать его зависимым от себя.

Разделение ответственности не означает стремления снять с себя ответственность. Врач как профессионал должен оценить, насколько убедительны были его доводы, насколько выполнимы были его рекомендации. Например, совет поголодать, данный пикнику-циклоиду, скорее всего, не будет выполнен, однако виновен в этом не пациент, а врач, который предложил заведомо нереальную тактику. Отказ от операции может быть результатом страха, и врач должен чувствовать свою ответственность за то, что он не смог преодолеть страха больного, не достиг необходимой степени доверия и убедительности. Отказаться от дальнейших попыток убедить пациента — значит переложить всю ответственность на него. Примером взаимной безответственности является психологическая игра «Я просто пытаюсь вам помочь...», которая заключается в том, что врач дает пациенту одну инструкцию за другой, будучи уверенным, что ни одна из них не будет выполнена, а пациент регулярно приходит продлевать листок нетрудоспособности и отчитывается в том, что пытался поступить, как было сказано, но из этого ничего не получилось.

Наконец, препятствиями на пути к партнерству могут стать подсознательные механизмы привязанности и отвращения, *симпатии* и *антипатии*. Эти механизмы под названием трансфер и контртрансфер были описаны в разделе 13.1. Они основаны либо на сопереживании (трогательном детском воспоминании о том, что мы тоже пережили подобное), либо на взаимодополняющих чувствах (подобно покровительству матери по отношению к детям и ответной просьбе ребенка о заботе). Антипатия может быть основана на неосознаваемом сравнении врача или больного с образом жестокого отца, учителя, начальника и пр. Немаловажное значение имеют внешняя красота и привлекательность. Следует вовремя разглядеть описанные чувства и попытаться занять более разумную, зрелую позицию («По одежке встречают — по уму провожают»). Если это не удается и при этом антипатия или рабская зависимость пациента очень мешает в его лечении, то, возможно, следует посоветовать обратиться за помощью к другому врачу.

14.2. Профессиональная тайна

Значение врачебной тайны хорошо понятно и профессионалам, и обывателям. Доступ к сокровенным тайнам человека накладывает на врача дополнительную обязанность охранять

интересы пациента. Однако, к сожалению, врачи относятся к этому не столь трепетно, как священники. Нередко приходится слышать шутливый разговор между врачами, которые обсуждают между собой то, что они услышали от больных или их родственников. При этом многие из обсуждаемых сведений являются глубоко интимными. То, что данный разговор происходит среди врачей, не снимает с каждого из них ответственности за сохранение тайны. Поскольку обсуждение не имеет отношения к лечению и диагностике, следовало бы воздержаться от ненужного разглашения конфиденциальной информации.

Особенную тактичность следует проявлять при работе с пациентами, помогающими в обучении студентов и в проведении научного исследования. Видео-, фото- и аудиоматериалы, содержащие сведения о больном, должны храниться в недоступном для непрофессионалов месте. Копирование, распространение и продажа этих материалов не должны ущемлять интересов больных.

Плохое впечатление производит врач, который в застольной беседе рассказывает гостям случаи из своей врачебной практики. Ведь больной был бы раздосадован, узнав, что его поступки обсуждают какие-то, пусть даже незнакомые ему люди. Такая ненужная открытость снижает доверие к врачам, вызывает неуверенность в том, что их тайна будет сохранена.

Важно предотвратить даже случайное разглашение тайны, поэтому разговор о больном по телефону с неизвестными лицами крайне нежелателен. Встреча с пациентом на улице может быть приятна ему или нет, поэтому лучше сохранять нейтральность до тех пор, пока сам больной не пожелает поприветствовать своего врача.

Следует понимать, что даже у близких родственников существуют секреты. Поэтому очень важно проявить предусмотрительность и тактичность, чтобы не повредить пациенту. Так, женщины нередко не желают, чтобы их мужья знали о проведенной гинекологической операции. Врач может попытаться разубедить пациентку, доказать ей, что вместе с супругом ей будет легче пережить болезнь, но при этом он должен четко выполнить волю больной и сохранить ее тайну, если она того пожелает.

14.3. Взаимоотношения с родственниками больных

Общение с родственниками больных занимает существенную часть времени работы врача. Нельзя считать это время потраченным напрасно, поскольку после завершения лечения больной возвращается в семью и от настроя родных во многом зависят степень его адаптации, возможность долго сохранять

достигнутый эффект. Благоприятные отношения в семье могут помочь выздоровлению, так же как напряженные — свести весь успех лечения на нет. Нередко сами родные нуждаются в поддержке и психологической коррекции, оказать такую поддержку — долг врача.

Врач порой чувствует себя в общении с родственниками более раскрепощенно, чем с больным. Сообщить им страшную информацию кажется проще, чем самому больному. Мы считаем это ошибкой. То, в какой степени родственники должны быть осведомлены о состоянии его здоровья, нужно обсудить в первую очередь с самим больным. Вряд ли следует допускать ситуацию, когда родственники больше знают о состоянии пациента, чем он сам. Это не значит, что больного и его родных нужно знакомить со всеми предположениями и рассуждениями врача. Прежде чем что-то обсуждать, нужно в первую очередь решить, насколько мы уверены в наших предположениях, какой именно результат мы хотим получить от разговора. Так, сообщение родственникам о том, что врач хочет исключить диагноз злокачественной опухоли, может стать причиной длительных переживаний, в то время как никакой помощи в этот момент от родных мы получить не можем. В дальнейшем этот страшный диагноз может не подтвердиться. Поэтому, видимо, такой разговор следует отложить до того момента, когда диагноз будет совершенно ясен и врач определит свою тактику на будущее.

Отмечают, что в переживаниях близких можно выделить те же стадии, что и у больного. Это сомнения, шок, активная адаптация, психическая декомпенсация и капитуляция. Психологическая коррекция в этом случае проводится по тем же правилам, что и у пациента. Во многих случаях будет вполне уместно предложить и лекарственное лечение, если переживания становятся непереносимыми или полностью дезорганизуют жизнь.

Реакция родственников на болезнь зависит также от их личностных качеств. Особенно осторожными следует быть с людьми, у которых преобладает эгоцентрический радикал. Так, сообщение демонстративной личности о том, что ее близкий тяжело болен, может вызвать истерическую реакцию, ухудшение здоровья по механизму самовнушения (конверсии), сетования на то, что теперь некому будет позаботиться о ней. Застревающая личность постарается обеспечить своим близким исключительные условия в больнице, требовать консультаций у более авторитетных лиц, сомневаться в компетентности и добросовестности врача. Довольно часто эгоцентричные люди стремятся снять с себя ответственность за больного, предлагая дополнительную плату за лечение. Это позволяет им чувствовать свободу от каких-либо обязательств перед больным («Я сделал все, что мог»). Такая щедрость мо-

жет сочетаться с деспотизмом в условиях семьи, требованием наказать врачей за плохой результат лечения.

Люди с альтруистической позицией более конструктивны в своем стремлении помочь близким: они готовы не только к денежным тратам, но и к деятельной заботе, эмоциональной поддержке. При этом собственные их переживания бывают настолько тяжелы, что часто приходится оказывать им помощь и проводить лекарственную коррекцию. Особенно деятельны бывают гипертимные люди, которые постоянно предлагают свое участие и помощь. Желательно использовать их активность, дать соответствующие поручения. Такие люди будут благодарны за то, что их работа считается полезной. Холодное заявление: «Спасибо, у нас есть все необходимое для лечения вашего родственника» скорее вызовет у альтруистичных людей чувство беспомощности и бесполезности. Лучше придумать какие-нибудь несложные рекомендации по диете, уходу, которые займут родных и отвлекут их от тяжелых мыслей.

14.4. Партнерские отношения в медицинском коллективе

Взаимоотношения в медицинском коллективе рассматриваются не только как одно из важнейших условий эффективной работы, но и позволяют сохранить здоровье и душевное равновесие всех его членов. Различия в возрасте, компетенции и должности могут выстраивать сложную иерархию коллег, подчиненных и руководителей, однако мы считаем, что партнерство возможно и между начальником и его коллективом, и между учителем и учеником, и между врачом и медицинской сестрой. Основные условия формирования партнерских отношений те же, что и при взаимодействии с больным: уважение интересов друг друга, уважение результатов своего труда, разделение ответственности, избегание ненужных секретов, честность, правдивость, чувство симпатии. Отсутствие партнерства и коллегиальности влечет массу негативных последствий. Во-первых, медицинские работники, которые неуважительно относятся к своим коллегам, лишаются доверия пациентов, поскольку они видят в этом прообраз будущих неблаговидных поступков по отношению к самим себе. Во-вторых, противоречия в медицинском коллективе снижают престиж медицины в целом. В-третьих, общая эффективность работы снижается из-за подсознательного сопротивления, противостояния, отсутствия поддержки. Наконец, плохие отношения в коллективе способствуют снижению устойчивости самих медицинских работников по отношению к стрессу, вызывают дополнительную усталость, психосоматические заболевания и явление эмоционального выгорания, описанное в следующем разделе.

Нередко совместная работа нескольких врачей (консилиум) необходима для постановки диагноза. В этом случае неизбежно расхождение во мнениях. В дискуссии очень трудно сохранить самообладание, однако к этому следует активно стремиться. Неуважительное отношение к чужой точке зрения лишает дискуссию всякого смысла; человек, насмехающийся над высказываниями других, становится слеп, он неспособен разглядеть подсказки, которые могли бы помочь ему найти нестандартное решение. Особенно это важно в отношении подчиненного (медсестры, молодого коллеги, ученика). Неискушенность, «свежий взгляд» позволяют даже неопытным медицинским работникам взглянуть на проблему с неожиданной стороны, увидеть то, что не укладывается в типичную картину.

Отказ от конфликта не означает отсутствия честности и правдивости в обсуждении. Накопление невысказанных обид, претензий обычно только усиливает противостояние, раздражение. Спокойное выражение своего несогласия, указание на ущемление интересов часто позволяют продуктивно согласовать несколько мнений и выработать наилучшую тактику. Чаще всего возможность честного и открытого обсуждения определяется руководителем коллектива. Его авторитарная позиция, преследование несогласных, высмеивание чужой точки зрения не позволяют подчиненным свободно высказываться, создают неблагоприятную, нетворческую обстановку.

Для наиболее эффективной работы важно, чтобы как можно больше потребностей каждого члена коллектива было удовлетворено. Выяснение и учет интересов каждого позволяют рассчитывать на ответную благодарность и эффективное сотрудничество. Так, важно создать условия (или хотя бы не мешать) и тем, кто обеспокоен материальным благополучием семьи; и тем, кто хотел бы получить дополнительное образование и повысить свой статус; и тем, кто просто мечтает о замужестве. Многие пациенты также способны понять и принять потребности медицинских работников, поэтому в случае конфликта врач вполне может обсудить с пациентом возможность компромисса, который позволит учесть интересы и больного, и врача, и медицинской сестры.

Доброжелательные отношения в микроколлективе (отделении, лаборатории, диагностическом кабинете) иногда сочетаются с конкурентными и откровенно враждебными отношениями к другим подразделениям (архетип «банда и ее главарь»). Это еще одна нежелательная позиция, которая выражается во враждебном обсуждении поступков конкурентов, смаковании чужих ошибок. Организация периодических встреч, совместных обсуждений, взаимное обучение позволяют уменьшить такое противостояние.

Одним из важнейших прообразов партнерских отношений

медицинских работников мы считаем отношения учителя (наставника) и ученика. Недостаток знаний и опыта нередко помещают молодого врача в зависимое положение от его учителя (архетипы «мага и его ученика»). Это приводит к идеализации наставника и проявлениям «самоотверженного служения» ему. Такая позиция весьма лестна для учителя, и он может невольно подчеркивать незрелость и зависимость своих учеников. Такая идеализация мешает рассмотреть ошибки учителя, заметить его слабости и недостатки, в то время как хорошо известно, что люди не универсальны: хороший хирург может быть плохим психологом, хороший учитель — слабым научным работником, хороший врач — плохим учителем, хороший руководитель — плохим врачом. По мере взросления неминуемо произойдет изменение отношения к идеалу, которое для ученика может обернуться разочарованием, а для учителя чувством предательства (в этом смысле весьма показателен разрыв Фрейда с любимыми своими соратниками). Для того чтобы этого не произошло, важно с самого начала обучения воспитывать взаимное уважение, поддерживать в себе взвешенный, отстраненный взгляд по отношению к старшим коллегам, сохранять автономию своей точки зрения, избегать зависимости.

Наконец, нельзя не учитывать личной симпатии и антипатии. Причины этих чувств могут быть неосознаваемы, поэтому с ними очень трудно бывает бороться. Лучший способ — это разделить плохо относящихся друг к другу сотрудников, не настаивать на их совместной работе. Известно, что на расстоянии чувство антипатии проявляется мягче и может сгладиться совсем. Взаимное же притяжение позволяет прощать друг другу обиды, соизмерять свои интересы с потребностями коллег, а значит эффективно сотрудничать.

14.5. Синдром эмоционального выгорания

В последние годы большое внимание уделяется проблеме профессиональной деформации личности людей так называемых помогающих профессий (учителей, психологов, социальных работников, врачей). Отмечено, что даже самый тщательный отбор для работы в этих областях людей, способных к сопереживанию, не может противодействовать нарастающему формализму, отстраненности, раздражению, которые появляются у них через несколько лет работы.

Это явление было названо **синдромом выгорания** (burnout syndrome). Классическое его описание [Маслач К., 1977] включает эмоциональное истощение, чувство потери своего Я (разочарование) и недовольство своими достижениями. Практически всегда возникают раздражение по поводу поведения

как пациентов, так и коллег, сомнения в правильности выбранной профессии, склонность к стереотипиям в мышлении, формализм, идеи самообвинения, чувство утраты смысла жизни. Описывают и физические жалобы: нарушения сна, аппетита, колебания артериального давления, боли в мышцах и суставах, обострение психосоматических заболеваний. Крайне негативными последствиями выгорания бывают злоупотребление психотропными средствами и алкоголем, прием наркотиков и стимуляторов.

Некоторые психологи рассматривают эмоциональное выгорание как одну из психологических защит, которая развивается в ответ на хронический стресс в условиях, когда человек не может откровенно выразить свои чувства и вынужден постоянно скрывать свои переживания от собеседника. Таким образом, описанный синдром — это форма невроза, проявление стереотипного и неадаптивного способа применения данной защиты.

Факторы, связанные с повышенным риском синдрома эмоционального выгорания у врачей

- высокая напряженность работы, отсутствие необходимого отдыха, длинный рабочий день (дежурства)
- монотонность труда, нечеткость поставленной цели
- отсутствие возможности служебного и личностного роста
- неэффективное руководство (неуважение сотрудников, непризнание их заслуг, терпимое отношение к аморальным поступкам, критика инициативы, невнимание к бытовым проблемам)
- особый склад личности с преобладанием самоотверженности и романтического отношения к профессии

В литературе обсуждается вопрос о том, все ли люди подвержены данной патологии в условиях стресса или существуют черты личности, предрасполагающие к ней. Вероятно, эмоциональное выгорание можно наблюдать у любого человека, однако замечено, что патологические формы реагирования чаще отмечаются у людей ответственных, склонных выполнять некоторый избыток работы (порой вне рамок должностных обязанностей), испытывающих романтическое отношение к своей профессии, рассматривающих ее как «служение людям».

Напряженность работы может двояко влиять на самочувствие человека. Так, наблюдения показывают, что и слишком легкая, не соответствующая квалификации человека, и слишком тяжелая, требующая чрезмерного напряжения сил работа существенно повышают риск развития депрессии.

Неэффективное руководство можно рассматривать как один из определяющих факторов формирования эмоциональ-

ного выгорания. Любое принижение роли подчиненных, неуважение их достижении, противодействие карьерному росту резко снижают заинтересованность в работе, вызывают усталость и разочарование. Особенно обижают людей терпимое отношение к аморальным поступкам, отсутствие наказания за халатность, беспринципность и цинизм руководителя.

Параллельно с исследованиями феномена эмоционального выгорания изучается **синдром хронической усталости** (CFS — chronic fatigue syndrome). Первым сообщением о данном синдроме был случай 1957 года в английском госпитале «Royal free», когда практически весь персонал оказался пораженным доселе неизвестной болезнью. В дальнейшем подобные эпидемии наблюдались в больницах Южной Африки. Высказывалось предположение о вирусном происхождении заболевания, хотя никаких объективных признаков инфекции по данным анализов обнаружено не было. Противники вирусной концепции предполагают психогенное происхождение данного расстройства. Симптомы хронической усталости напоминают описанные ранее: нарушение внимания, раздражительность, расстройства сна, мышечная слабость, обмороки. Признаки чрезмерной усталости развивались у медицинских работников резко на фоне активной продуктивной деятельности. В целом феномен хронической усталости трудно отличить от астенического синдрома (см. раздел 12.3) и мягкой депрессии.

Для профилактики и лечения хронической усталости и эмоционального выгорания предлагаются различные методики. Нередко рекомендуются релаксационные методики, но их эффективность бывает невысокой. Обычно после отдыха желанного расслабления не наступает, сама перспектива выхода на работу вызывает неприятные чувства и раздражение. Гораздо эффективнее бывают меры релаксации, если они организованы руководством предприятия, поскольку это оценивается как знак уважения к сотрудникам и заботы о них.

Важнейшим фактором профилактики эмоционального выгорания, вероятно, следует считать удовлетворение потребности в самореализации, которая является центральным понятием гуманистической психологии (в концепции Юнга этот процесс обозначается как поиск самости и индивидуализации). В профессиональной деятельности движению к самореализации способствуют карьерный рост, повышение квалификации, освоение новых методик и технических средств, возможность выразить себя в обучении молодых специалистов (наставничество), написании рекомендаций и руководств, чтении лекций. Важно, чтобы все эти виды деятельности не превращались в скучный ритуал. Формализм стандартных циклов повышения квалификации, отсутствие реальной пользы от них только деморализуют слушателей, усиливают чувство бесперспективности.

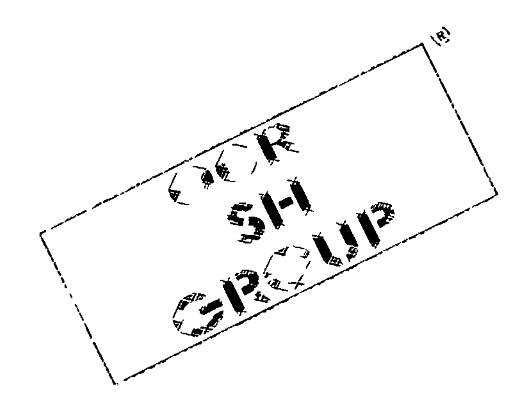
Достижению самореализации сильно мешают отчаянная борьба за собственный престиж и боязнь показаться некомпетентным. Страх автоматически включает неосознаваемые психологические защиты («Зачем мне это нужно», «Это мелочи»), не позволяет человеку заметить пробелы в своих знаниях, а значит отвлекает его от самообразования. Гораздо полезнее сразу признать свою некомпетентность в том вопросе, по которому вы не имеете достаточных знаний, а затем попытаться компенсировать свое незнание, почитав необходимую литературу или спросив у эксперта.

Удовлетворить потребность в самореализации можно не только в профессиональной деятельности — она может быть достигнута в семейной жизни, в воспитании детей, в увлечениях, во взаимодействии с друзьями. В этом смысле врач должен стремиться к разнообразию жизненных целей, ограничение всех интересов только работой делает его позицию очень хрупкой: ведь любая неудача на работе или даже длительный период отсутствия прогресса могут вызвать депрессию и чувство бессмысленности жизни. Избавиться от чувства неудовлетворенности помогает возможность поделиться своими мыслями о работе с членами семьи.

Эффективным способом преодоления эмоционального выгорания считают искреннее общение с коллегами, обсуждение своих проблем, совместный поиск решения. Известный венгерский психолог М. Балинт (1896—1970), ставший впоследствии президентом Британского психоаналитического общества, вместе со своей супругой Э. Ф. Айххольц с 1950 г. начал групповые занятия с практикующими врачами, которые позже были названы **балинтовскими группами**. Такие группы собираются 2—4 раза в месяц. Присутствующий психотерапевт лишь направляет беседу, не допуская обвинений в некомпетентности, привлекая внимание не к диагностическим, а к психологическим аспектам врачебной деятельности. Каждому врачу предоставляется возможность выйти в центр круга и рассказать по памяти случай из практики (особенности психики пациента, трудности в его семье, сложности в отношениях доктора и больного, трения в общении с коллегами), который вызвал у него запоминающиеся чувства. После ответа на возникшие вопросы он выходит из круга и следит за обсуждением, в котором его коллеги пытаются понять психологические причины внутреннего конфликта, предлагают свои варианты действия в подобной ситуации. Таким образом, врач получает опыт, замечая сначала ошибки в поступках своих коллег, а потом сравнивая их со своим собственным поведением. В настоящее время представители Международного балинтовского общества работают практически во всех странах мира, в России наиболее активная работа в этом направлении проводится в Санкт-Петербурге.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамова Г. С., Юдчиц Ю. А. Психология в медицине: Учебное пособие.— М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998.
Аргайл М. Психология счастья: Пер. с англ. / Общ. ред. и вступ. ст. М. В. Кларина.— М.: Прогресс, 1990.
Вацлавик П. Как стать несчастным без посторонней помощи: Пер. с англ.— М.: Прогресс; Минск: Беларусь, 1990.
Гуггенбюль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине: Пер. с нем.— СПб.: Б. С. К., 1997.
Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине.— Прага, 1983.
Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными.— Будапешт, 1988.



Глава 15 ПСИХОЛОГИЧЕСКИ СЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

Описать и проанализировать все возможные затруднительные ситуации в медицинской практике вряд ли возможно. Мы считали более важным продемонстрировать основные универсальные закономерности, знание которых позволит найти правильное решение сразу для многих психологически сложных вопросов. Все же будет не лишним еще раз продемонстрировать описанные ранее приемы на примере ситуаций, наиболее часто встречающихся в работе врача.

15.1. Боль

Боль — это один из самых частых симптомов в медицинской практике. Физиологи рассматривают боль как важнейший сигнал, указывающий на возникновение болезни, заставляющий нас обратиться за помощью. Отсутствие боли мешает многим пациентам (например, при некоторых вариантах рака или туберкулеза) осознать опасность болезни и вовремя прийти к врачу. Известно, что специальных рецепторов боли не существует, в коже их функции могут выполнять тактильные и температурные рецепторы. Таким образом, чувство боли возникает только при преодолении некоторого предела интенсивности раздражения (болевой порог). Фактически этот порог значительно различается у разных людей, он также зависит от состояния, в котором находится человек. Мы уже указывали, что люди с возбудимым характером часто бывают менее чувствительны к боли в момент борьбы и агрессии, а во время утомления они нередко проявляют низкую устойчивость по отношению к боли. Чрезмерная боль приводит к состоянию шока, последствия которого могут быть фатальными.

В большинстве случаев врачи предпринимают усилия, чтобы уменьшить боль или полностью избавить человека от нее. Используемые для этого лекарства могут привести к достаточно тяжелым последствиям: зависимости, поражению внутренних органов и системы кроветворения, тяжелым аллергическим реакциям. Избавление от боли может уменьшить настороженность больного, стать причиной опасных для его здоровья поступков (например, излишней активности при инфаркте миокарда), отказа от предлагаемой операции. При применении обезболивающих средств затрудняется диагностика.

С психологической точки зрения, сама боль не всегда означает страдание. Так, люди легко переносят боль, которую вызывает пользование веником в горячей парной или погру-

жение в ледяную прорубь. Раненый в опасном сражении может воспринимать боль как знак избавления от опасности и скорой эвакуации в тыл. Женщина в родах может испытывать радость от появления на свет долгожданного ребенка. Наконец, известно сексуальное наслаждение некоторых людей в ответ на вызванную боль — мазохизм.

Тактика по отношению к боли должна быть различной в зависимости от того, в каких обстоятельствах боль возникает. Опасность шока определяет необходимость максимального подавления боли при травмах, инфаркте миокарда, почечной колике. В диагностически неясных ситуациях лучше отложить обезболивание до выяснения истинной причины. При тяжелых неизлечимых заболеваниях (раке) требуется комплексная борьба с болью, включая использование психотропных средств, местной анестезии и психотерапии. При хронической боли требуется более тщательная диагностика для исключения психологической природы болевых ощущений.

Психологические и психиатрические причины боли

- депрессия
- истерическая конверсия
- астения
- абстинентный синдром при алкоголизме и наркоманиях
- шизофрения и другие бредовые психозы

Наиболее тягостные болевые ощущения наблюдаются при ***депрессии***. Типичны боль и чувство стеснения в груди. Однако также нередко встречаются головная боль, боли в спине, суставах, животе. Болевые ощущения при депрессии часто маскируют психическое расстройство, и пациенты длительно проводят неэффективное лечение у врача-интерниста. Отмечают, что пациенты с соматическими заболеваниями, сопровождающимися вторичной депрессией, чаще предъявляют жалобы на боли, тяжелее переносят их возникновение. Надежда на выздоровление, радужная перспектива, напротив, заставляют многих людей терпимо относиться к имеющейся боли, стоически ее переносить.

Истерическая боль удивительно разнообразна по своим проявлениям, жалобы очень яркие, сопровождаются бурной эмоциональной реакцией (рыдание, крик, призывы о помощи). Такие приступы всегда психогенно спровоцированы, неприятные ощущения усиливаются, когда окружающие обращают на них внимание. Обычно их продолжительность невелика, поскольку вновь возникающие события отвлекают пациента от неприятных переживаний.

Для ***астении*** характерны мышечные боли напряжения, особенно напряжение в области лба, затылка, шеи, плечевого пояса и спины. Нередко при этом прикосновение к коже так-

же бывает болезненным («больно расчесывать волосы»). Такие боли проходят после массажа, согревания, теплой ванны, приема транквилизирующих средств, релаксирующей психотерапии (аутотренинг, биообратная связь, спокойная музыка, звуки природы).

Симптомы ***абстинентного синдрома*** при алкоголизме и наркомании разнообразны, многие из них имитируют проявления самых различных соматических расстройств (гипертонического криза, стенокардии, мерцательной аритмии). Для алкогольной абстиненции характерны головные боли и неприятные ощущения за грудиной, сопровождающиеся чувством страха, кожной гиперемией, потливостью, одышкой, артериальной гипертензией. Наиболее тяжелые болевые ощущения наблюдаются при опийной наркомании («ломка»), однако наркологи оценивают их как неопасные для жизни и не рекомендуют применять наркотические анальгетики в этом случае.

При ***шизофрении*** больные нередко жалуются на то, что боли вызваны влиянием аппаратов или лучей, расположенных на значительном от них расстоянии. Чаще, чем болевые ощущения, встречаются другие неприятные, трудноописуемые чувства (сенестопатии), которые пациенты сравнивают с «шевелением внутренностей», «расплавлением костей», «вытеканием мозга» и пр. Лечение в этом случае проводится исключительно психотропными средствами.

Не следует забывать о том, что психотропные средства сами по себе могут оказывать влияние на восприятие боли. Так, нейролептики усиливают действие обезболивающих средств, не вызывая злоупотребления и пристрастия. Транквилизаторы снижают тонус мускулатуры и тем самым уменьшают болевые ощущения, связанные с напряжением поперечнополосатой мускулатуры (головные боли напряжения, напряжение мышц при радикулярных болях). Антидепрессанты не оказывают быстрого влияния на восприятие боли, однако замечено, что при уменьшении выраженности депрессии отношение к боли меняется, повышается порог болевых ощущений и больные реже высказывают жалобы на боль.

15.2. Тревога и беспокойство

Тревога — это одна из наиболее частых реакций на возникновение болезни и предлагаемое лечение. Считается, что тревога выполняет важную защитную функцию, предупреждая о надвигающейся опасности, предотвращая необдуманные, причиняющие вред поступки. Отсутствие тревоги проявляется беззаботностью и может стать причиной прекращения начатого лечения, несоблюдения предписанного режима, отказа от обращения за помощью. Вместе с тем и чрезмерно выраженная

тревога также дезорганизует поведение, не позволяет человеку следовать предлагаемым советам и инструкциям, вызывает панику, может приводить к опасному поведению.

Чрезмерная тревога может быть проявлением:

- реакции на экстраординарную ситуацию
- ухудшения соматического состояния
- невроза (фобии, панические атаки, истерические расстройства)
- тревожной депрессии
- деменции
- начинающегося психоза (делирий, острый приступ шизофрении)

Вполне естественным кажется появление тревоги в самых различных *экстраординарных ситуациях*. Так, неожиданно возникшие боли, экстренная госпитализация, направление на дополнительные обследования, неожиданно выявленная беременность, преждевременное начало родов вполне закономерно будут сопровождаться тревогой. Серьезной травмой для пациентов бывает резкое ухудшение состояния или смерть кого-либо из соседей по палате. Особенно растерянны бывают пациенты с тревожно-мнительной акцентуацией. У демонстративных и возбудимых тревожные реакции могут быть избыточно яркими, нелепыми, инфантильными. Наличие ясной причины тревоги не означает, что данные пациенты не нуждаются в какой-либо помощи и лекарственной коррекции. Суета медицинских работников, их серьезные, сосредоточенные лица, отсутствие какой-либо информации о планируемых действиях — все это усиливает тревогу, беспокойство, уменьшает доверие пациентов к медицине. Приведем пример из практики.

Психиатр был вызван к мужчине 72 лет, который был госпитализирован в урологическое отделение в плановом порядке для проведения операции по поводу аденомы предстательной железы. Лечащего врача удивило поведение пациента, который высказывал неуверенность в том, что ему нужна операция, задавал слишком много вопросов. В беседе с психиатром пациент сообщил, что он никогда раньше не лечился в стационаре. За два прошедших дня он видел врача дважды только мельком. Периодически его вызывали в различные кабинеты, но результатов проведенного обследования никто ему не сообщил. Он встретил в отделении пациентов после проведенной операции аденомэктомии, которые пользовались приемниками для подтекающей мочи. Прошедшую ночь не спал, все время думал о необходимости операции. Нарушений памяти и интеллекта не обнаружено. Психиатр обсудил с пациентом проблемы, которые вызывает болезнь, и необходимость проведения операции, пообещал назначить снотворные и успокаивающие средства. После беседы больной высказал благодарность за внимание и сочувствие, заявил, что уверен в том, что операция нужна, пообещал проявлять терпение.

Тревогу можно уменьшить, предоставив больному больше информации о происходящем. Очень важно продемонстрировать ему свою уверенность в правильности проводимого лечения («Вы в руках профессионалов, мы точно знаем, что следует предпринять в данной ситуации»). Желательно дать больному четкие инструкции, что именно он должен делать («Снимите рубашку и обувь, положите документы в этот ящик, ложитесь спиной на кушетку, лежите спокойно, сейчас сестра сделает укол, и боль пройдет»). В экстренных ситуациях для купирования тревоги весьма эффективны сильные транквилизаторы (диазепам, лоразепам, альпразолам, феназепам и пр.). Они действуют очень быстро, даже при приеме внутрь (лучше под язык). Принимать эти средства следует недолго (несколько дней), только пока существуют основания для беспокойства.

Тревога может быть симптомом острого приступа *соматического заболевания*. Так, известно, что приступы стенокардии, аритмии, бронхоспазма часто сопровождаются чрезвычайной тревогой, страхом смерти. Хаотичные действия больных в этом случае мешают оказывать им помощь. Важно привлечь внимание пациента громким голосом, потребовать от него точного выполнения ваших инструкций, пообещать ему быструю и эффективную помощь, подчеркнуть отсутствие непосредственной опасности. Дальнейшее назначение соматотропных препаратов должно привести к улучшению самочувствия, дополнительного приема транквилизаторов обычно не требуется, если после улучшения состояния тревога не сохраняется.

При *неврозах* тревога может сохраняться длительное время или возникать периодически. Простые успокаивающие слова не могут улучшить состояния пациента. Часто он сам понимает необоснованность своих страхов, но ничего не может сделать, чтобы избавиться от них. Причина невроза обычно бывает неявной, механизмы психологической защиты не всегда позволяют пациенту правильно осознавать суть имеющейся проблемы. Важную роль в возникновении неврозов играют личностные особенности пациента. Эффективная помощь при неврозах основана на направленном и планомерном использовании психотерапии, которую лучше поручить профессиональному психотерапевту или психологу. Транквилизаторы при неврозах вызывают лишь кратковременное улучшение и назначаются только при резкой декомпенсации (приступ паники). Более эффективны курсы антидепрессантов и безопасных нейролептиков, но они помогают не сразу, а через несколько недель лечения.

Депрессия очень часто сопровождается тревогой, больше она бывает выражена у пациентов пожилого возраста. Такие больные не могут усидеть на месте, вздыхают, со страхом и надеждой смотрят на всех проходящих мимо. Лечение тяже-

лой депрессии должен проводить психиатр, всегда требуется тщательный надзор за пациентом в связи с опасностью суицида. Необходимо назначить седативные антидепрессанты (миансерин, феварин, паксил, амитриптилин), а при выраженной тревоге и нейролептики (сонапакс, хлорпротиксен, эглонил, тизерцин). Транквилизаторы эффективны только при легкой тревоге.

Многие больные с начинающейся *деменцией* (слабоумием) чувствуют тревогу и растерянность. Особенно ярко это проявляется в дебюте болезни Альцгеймера, когда у пациента еще сохраняется ощущение, что что-то происходит не так, как обычно. Нарушения памяти мешают больному узнавать окружающих людей, все кажется ему новым, незнакомым, непонятным. Он недоумевает, что собираются делать все эти неизвестные ему люди, бывает напуган, постоянно обращается с вопросами, требует, чтобы его отпустили домой (даже если уже находится дома). Особенно усиливается чувство растерянности при помещении таких пациентов в стационар, где больной совсем не может ориентироваться, не находит туалета, своей палаты и койки. Транквилизаторы таким больным лучше не назначать, так как они вызывают слабость и нарушают координацию движений; гораздо безопаснее небольшие дозы нейролептиков (сонапакс, хлорпротиксен, галоперидол в каплях).

Иногда суета и тревога бывают первым проявлением начинающегося *острого психоза*. В соматическом стационаре нередко приходится наблюдать развитие делирия, который может быть результатом абстинентного синдрома у больного алкоголизмом или утяжеления соматического состояния вследствие основного заболевания (инфекция, интоксикация, сосудистая недостаточность и пр.). Делирий обычно возникает во второй половине дня. Больной жалуется на упорную бессонницу, становится тревожным, заявляет, что что-то должно произойти, задает странные вопросы. Уже в этот период можно обнаружить готовность больного к галлюцинированию, задав ему настойчивый вопрос о том, что он видит или слышит в определенном месте («там, за окном», «здесь, на столе», на чистом листе бумаги). Лечение делирия должен проводить психиатр. Кроме психотропных средств, в терапии ведущую роль отводят средствам, корригирующим обмен веществ, направленным на лечение основного соматического заболевания.

Тревога может наблюдаться в дебюте психозов, как эндогенных (шизофрения), так и вызванных лекарственными назначениями. Известно, что применение значительных доз стероидных гормонов, противотуберкулезных препаратов, гипотензивных средств, холинолитиков нередко приводит к возникновению острых бредовых и маниакальных состояний.

15.3. Расстройства сна

Бессонница — одна из наиболее частых жалоб среди соматических и психических больных. Бессонница связана не столько с уменьшением продолжительности сна, сколько с ухудшением его качества, чувством неудовлетворенности. Причины бессонницы весьма разнообразны, однако в подавляющем большинстве случаев жалобы на плохой сон не связаны с каким-либо заболеванием и не требуют специального лечения.

Причиной жалоб на ухудшение сна могут быть:

- *особые жизненные ситуации:* приятные и неприятные ожидания, обида, интересная работа, тревога за будущее, смена часовых поясов, непривычная обстановка
- *боль*
- *естественное уменьшение потребности во сне у пожилых*
- *апноэ во сне*
- *острые психозы:* депрессия, мания, острый приступ шизофрении, делирий
- *зависимость* от алкоголя, наркотиков и снотворных средств

Само *поступление в стационар* (даже плановое) нередко вызывает трудности засыпания, связанные с волнением и отсутствием привычки к новому месту. Это определяет необходимость назначения безопасных снотворных средств на 1 или 2 дня. Очень важно, чтобы без особого повода прием снотворных не продолжался больше этого времени. Лучше посоветоваться с пациентом. Если он уверен в том, что заснет без проблем, лекарства можно не назначать.

После перенесенной операции или травмы причиной бессонницы часто бывают *боли.* В данном случае назначение обезболивающих средств важнее, чем собственно снотворных. Однако не следует забывать о том, что некоторые психотропные средства (нейролептики, транквилизаторы) усиливают действие обезболивающих и поэтому вполне уместны в этой ситуации.

Выбор снотворного средства зависит от ситуации, в которой проходит лечение, возраста больного и длительности терапии. Для амбулаторного назначения предпочтительны средства с коротким периодом действия, т. е. имован, ивадал, лоразепам, нозепам, дормикум. Эти лекарства действуют в течение нескольких часов, они не имеют активных метаболитов, поэтому утром пробуждение бывает легким, в дневное время пациент остается активным, серьезных затруднений в запоминании не возникает. В стационаре можно использовать и препараты длительного действия (нитразепам, рогипнол), но больного следует предупредить, что в дневное время будут со-

храняться сонливость и вялость. Иногда в качестве снотворных используют антигистаминные средства (димедрол, донормил, атаракс), однако явных преимуществ они не имеют, изредка вызывают зависимость, отличаются выраженным холинолитическим эффектом. Указанные выше препараты назначаются на относительно небольшой срок (7—10 дней). Если требуется более продолжительное лечение бессонницы, во избежание формирования зависимости назначают седативные нейролептики (неулептил, хлорпротиксен, тизерцин). *Пожилым* пациентам также лучше назначать нейролептики, поскольку транквилизаторы вызывают у них выраженную атаксию и общую мышечную гипотонию, ухудшают память. *Детям* редко требуется назначать снотворные средства — в большинстве случаев удается обойтись травяными настоями (валериана, пустырник, боярышник, пассифлора). Также можно назначить препарат фенибут, который обладает легким снотворным и ноотропным действием. Безопасным снотворным веществом считается гормон мелатонин, его особенно рекомендуют людям, часто вынужденным менять часовые пояса.

Часто причиной бессонницы бывает *нарушение режима* работы и отдыха, а также естественное *снижение потребности во сне* у пожилых. В этом случае улучшения качества сна можно добиться выполнением простых хорошо известных приемов. Лекарственное лечение таким пациентам не назначают.

Приемы, способствующие улучшению сна:

- не следует дремать днем
- не следует ложиться в постель, пока не появилась потребность во сне
- не наедаться перед сном, но и не ложиться с пустым желудком
- активные физические упражнения днем и умиротворяющая прогулка перед сном
- встать, если не спится, и занять себя приятным, но не захватывающим делом (прослушивание спокойной музыки, спокойное чтение)
- успокаивающее тепло: теплая ванна, теплое питье, грелка
- ложиться в одно и то же время, но не слишком рано
- вставать всегда в одно и то же время, независимо от того, выспался или нет
- комфорт в спальне: тишина, свежий, прохладный воздух, ровная, жесткая постель

При возникновении нарушений сна всегда важно исключить такие *острые психические расстройства,* как депрессия, мания, острый приступ шизофрении, начинающийся делирий. Во всех этих случаях нарушения сна никак не связаны с ситуацией, они отличаются упорством, плохо поддаются лече-

нию обычными дозами снотворных средств. При *депрессии* больные плохо засыпают и рано просыпаются, жалуются на то, что всю ночь «не сомкнули глаз», чувствуют подавленность и безнадежность в утренние часы. При *мании* больные деятельны, суетливы, никак не хотят ложиться спать, рано просыпаются и тут же включаются в работу, заявляют, что не нуждаются во сне. При *делирии* больному мешает заснуть тревога, при любой попытке закрыть глаза возникают пугающие кошмары, видения, образы. *Острый приступ шизофрении* также может сопровождаться тревогой, возбуждением, галлюцинациями или, наоборот, бессмысленным упрямством, ступором, отказом лечь в постель. Во всех этих случаях требуется срочная консультация психиатра.

Причиной настойчивых просьб дать снотворное может быть *зависимость* от алкоголя, наркотиков или снотворных средств. Бессонница является одним из частых проявлений абстинентного синдрома. Обращает на себя внимание то, что больному требуется для засыпания доза, существенно превышающая среднюю. Хотя при борьбе с лекарственной зависимостью мы стремимся к полному отказу от приема опасного вещества, но во многих случаях этого нельзя сделать одномоментно, так как это может привести к возникновению опасных для жизни состояний (делирия, эпилептического статуса и др.). Поэтому при лечении зависимости от барбитуратов и транквилизаторов дозу снотворных средств уменьшают постепенно и сочетают их с лекарствами, не вызывающими зависимости, например седативными нейролептиками (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен) или антидепрессантами (амитриптилин, леривон).

15.4. Отказ от лечения

Принципы демократии позволяют каждому человеку свободно выбирать*, обращаться ли за помощью к врачу при возникновении заболевания, попытаться лечиться самостоятельно или вовсе не лечить имеющееся расстройство. Однако такая позиция не может успокаивать врача, который как профессионал знает, что отказ от лечения может нанести больному непоправимый вред и даже стать причиной смерти. Мы полностью поддерживаем врачей, которые считают каждый случай отказа от лечения своей личной неудачей, прикладывают все свои усилия, чтобы изменить точку зрения пациента.

С психологической точки зрения, не каждое решение о прекращении лечения можно считать свободным. Довольно

* За исключением случаев, оговоренных в Законе о психиатрической службе.

часто пациент, формируя свое мнение, находится в плену заблуждений, неточных, поверхностных знаний, неосознаваемых психологических защит. Поэтому прежде чем требовать от больного письменного выражения его отказа, важно не спеша обсудить ситуацию, подвергнуть ее психологическому анализу. Это можно сделать, только сохраняя стремление к партнерству и взаимопониманию. В первую очередь следует выразить уважение к точке зрения пациента и заинтересованность в ее более глубоком изучении. Раздражение, бурное несогласие, нетерпеливость — это может свести на нет все усилия переубедить больного.

Причинами отказа от лечения могут быть:

- страх
- депрессия
- анозогнозия
- убеждения (в том числе религиозные)
- отсутствие взаимопонимания с врачом (недоверие, антипатия, конфликт)
- бредовая концепция

Одной из частых причин отказа бывает ***страх*** перед операцией, возможными побочными эффектами терапии, боязнь потерять внешнюю привлекательность. При назначении психотропных средств нередко пациенты выражают страх психологического порабощения, утраты собственного *Я*. Выраженная тревога часто становится причиной включения механизмов психологической защиты, поэтому больной не всегда осознает свой страх, стремится заместить его бесконечными рассуждениями (рационализация), обвинениями (проекция), ритуалами (замещение) и пр. Например, он обосновывает отказ от проведения операции по поводу рака тем, что, по данным литературы, после операции нередко наблюдаются рецидивы. При этом он игнорирует тот факт, что без операции смертельный исход практически неизбежен.

Важно выяснить причину страха и предоставить больному необходимые гарантии. Так, пациенту, обеспокоенному возможным дефектом внешности, важно рассказать о том, что врачи постараются сделать швы незаметными, скрыть их в складках кожи, будут использовать щадящий шовный материал; привести пример, когда проведение косметической операции полностью скомпенсировало послеоперационный дефект. В случае применения психологических защит желательно предложить больному в присутствии врача еще раз взвесить все «за» и «против», поискать противоречия в своей концепции. Бессмысленно пугать пациента («Ведь вы же умрете!»), поскольку страх заставляет активнее использовать защиты. Лучше успокоить пациента, указать ему на то, что побочные

эффекты при лечении развиваются редко, а в случае их появления врачи своевременно окажут помощь.

При ***депрессии*** больные часто отказываются от помощи, проявляя пессимизм, высказывая уверенность в том, что лечение не поможет. В то же время эти пациенты нередко проявляют пассивность, поэтому они не выражают явного сопротивления. Врач может попросить довериться ему: ведь лечение не потребует существенных усилий от больного. Можно попытаться использовать недирективные методики убеждения, когда больного просят обосновать свою точку зрения логически, взвесить все еще раз, оценить вероятность выздоровления: ведь даже малую вероятность лучше использовать, чем игнорировать. В случае тяжелой депрессии и суицидальных намерений законом разрешается госпитализация депрессивных больных в недобровольном порядке при соблюдении необходимой юридической процедуры.

Анозогнозия может быть результатом личностной акцентуации и особой жизненной позиции (гипертимическая личность), плохой осведомленности или серьезного поражения мозга. Гипертимные люди особенно активно пользуются защитным механизмом отрицания, они утверждают, что врач ошибся, что болезнь вовсе не такая опасная, как кажется, что приема таблеток будет вполне достаточно, а операция — «это уж слишком». Люди, имеющие низкое образование, могут с недоверием относиться к сложным медицинским терминам, сомневаться в диагнозе, особенно если их самочувствие не очень плохое. Единственный способ убедить пациента во всех указанных случаях — это предоставить ему как можно больше информации о его состоянии, результатах обследования в доступной для него форме. Без применения сложной медицинской терминологии необходимо показать (например, на рисунке), что происходит с его организмом и к каким последствиям это может привести. Анозогнозия, обусловленная органическим поражением мозга, наблюдается при травмах и заболеваниях, затрагивающих лобные доли. Хотя больной не имеет возможности понять суть заболевания, он отличается беззаботностью, пассивностью и обычно не оказывает выраженного сопротивления. Гораздо тяжелее найти общий язык с пациентом, имеющим ***бредовую концепцию*** относительно врачей и их целей. Такой больной может утверждать, что существует сговор против него, осуществляется травля. Он опасается, что во время операции будут изъяты органы. Без применения нейролептиков изменить отношение больного к лечению бывает очень трудно. Следует попытаться расположить пациента по отношению к себе, добиться его доверия тем, что выполняются важные для него условия. Недобровольное лечение проводится только в ситуации социальной опасности.

В последние годы приходится сталкиваться с отказом от

лечения, связанным с особыми религиозными ***убеждениями***. Если это стойкая, взвешенная позиция пациента, то очень трудно бывает изменить ее. В любом случае желательно использовать все возможности, чтобы переубедить больного. Например, можно предложить обсудить ситуацию вместе с людьми той же веры.

Недоверие и личная неприязнь к врачу часто играют немаловажную роль в решении прекратить лечение. Было бы ошибкой проявлять обиду и раздражение по этому поводу. Более полезно проанализировать свои поступки и высказывания и попытаться извлечь пользу из этого опыта. Для общей пользы можно выразить больному сожаление о том, что отношения не сложились, и посоветовать как можно скорее обратиться к другому специалисту, который вызывает большее доверие. Особое внимание необходимо обратить на возможную опасность прекращения лечения. Важно показать пациенту отсутствие обиды, заверить его в том, что если он изменит свою точку зрения, то может вновь обратиться к вам за помощью. Опыт показывает, что именно так чаще всего и происходит. Например, возбудимые пациенты часто вступают в конфликт с медицинскими работниками, иногда убегают из больницы, не предупреждая никого, однако скоро раскаиваются, чувствуют, что совершили глупость, и возвращаются с извинениями.

15.5. Неудовлетворенность результатами лечения

Одна из возможных проблем во взаимопонимании больного и врача — это разное отношение к достигнутому результату. Нередко так случается, что лечение, которое врач рассматривает как свой успех, больной считает неполноценным или незавершенным.

Психологи связывают степень удовлетворенности с имеющимися притязаниями (см. раздел 4.2). Это означает, что полученный результат оценивается в сравнении с тем: 1) какой результат ожидался, 2) что получили другие люди в подобной ситуации, 3) что заслуживает человек.

Неудовлетворенность, вызванная неоправдавшимися *ожиданиями*, возникает, если больной, обращаясь к врачу, ставил себе иные цели, не совпадающие с задачами врача. Так, при лечении хронических заболеваний многие пациенты рассчитывают на полное и окончательное выздоровление. В этом случае рекомендация врача продолжить постоянное поддерживающее лекарственное лечение вызывает у пациента раздражение и удивление («Как долго мне еще следует пить эти таблетки?»). Рекомендация врача после проведения экстракции хрусталика пользоваться очками может не совпадать с

ожиданиями пациента и вызывать неудовлетворенность. Довольно часто больной бывает недоволен тем, что лечение растягивается на длительный срок и завершающий реабилитационный этап ему приходится проходить самостоятельно в амбулаторных условиях. Так, после тяжелой травмы врачи могут быть довольны тем, что кости на рентгенограмме сопоставлены правильно и их срастание происходит в обычные сроки. Пациента при этом раздражают длительно сохраняющиеся боли и трудности, которые у него возникают при ходьбе.

Для предотвращения неудовлетворенности подобного рода с самого начала обследования следует подробно расспрашивать пациента о его желаниях, намерениях, имеющихся представлениях по поводу планируемого и проводимого лечения, важнейших ценностях и потребностях. Уместны вопросы: «Какую помощь вы хотели бы получить от врача?», «Какой результат лечения вас бы устроил?», «Что именно заставило вас обратиться к врачу?», «Какой из симптомов заболевания беспокоит вас в наибольшей степени?». Все эти вопросы позволяют получить представление о внутренней картине болезни (см. главу 11). Столкновение с нереальными планами не должно удивлять врача и вызывать раздражение. Довольно часто пациент имеет достаточно знаний и опыта, чтобы понять свою ошибку. Чтобы убедиться в этом, иногда достаточно спросить его, как он сам оценивает реальную выполнимость поставленной задачи. Точно так же, как мы знакомимся с рассуждениями больного, следует посвятить его в планы и намерения врача. Необходимо не только описать план действий, но и промежуточные результаты, которые мы ожидаем на каждом из этапов терапии. Например, при назначении антидепрессантов врач обычно предупреждает: «Сначала вы будете чувствовать сонливость, которая уменьшится в начале второй недели, а с начала третьей недели мы ожидаем улучшения настроения».

Сопоставление с результатом лечения *других людей* происходит постоянно: в стационаре — в процессе общения в палате и холле, в поликлинике — в очереди перед кабинетом. Осторожный вопрос пациента о том, проходит ли лечение по плану, может означать, что он сомневается в этом. Следует предоставить ему возможность высказать свои соображения («У вас появились какие-либо сомнения в этом?»), а также поинтересоваться, какими источниками информации он пользовался. Особенно часто сравнение проводится в отделениях с однородным составом, например постинфарктном, для больных с инфекционным гепатитом и пр. Для девушек и юношей характерно сравнение размеров рубцов после операции.

Для предотвращения неблагоприятных последствий сравнения с другими больными следует постоянно подчеркивать в беседе уникальность каждого отдельного пациента, особенно

выделяя его преимущества по сравнению с другими. Так, задержку выписки после инфаркта можно обосновать так: «В вашей палате вы единственный пациент трудоспособного возраста, мы должны быть к вам особенно внимательны, так как хотим не просто выписать вас домой, но и подготовить к выходу на работу». А более раннюю выписку можно объяснить так: «Вы проявили удивительную ответственность, и мы можем быть уверены, что дома вы сможете так же четко выполнять все рекомендации».

Сопоставление с тем, что человек, по его мнению, *заслуживает,* часто бывает причиной неудовольствия. Так, преподаватель будет раздражен, если, приглашая на концерт, ему предложат места, менее удобные, чем его студентам. Начальник будет недоволен, если его кабинет меньше и хуже обставлен, чем у подчиненного. Все это нельзя не учитывать при лечении высокопоставленных особ (см. раздел 15.10).

15.6. «Трудные» вопросы

Существуют темы, обсуждение которых связано с большим эмоциональным напряжением, страхом, стеснением. К таким темам, конечно, относятся смерть и ее приближение, денежные вопросы (наследство, долг, оплата услуг), секс и верность в семье, беременность, психическое здоровье, отягощенная наследственность и некоторые другие.

При обсуждении этих вопросов неудобство и скованность ощущают все собеседники: и врачи, и пациенты. Страх определяет активное использование психологических защит, что проявляется подчеркнутой самоуверенностью, торопливостью в обсуждении, склонностью к пространным рассуждениям, стремлением выражаться символически. Так, больной, заявляя о своем стремлении обсудить тяжелую для него тему (возможность выздоровления, вероятность смертельного исхода в результате операции, влияние лечения на сексуальную функцию), часто выражается очень нечетко, никак не может сформулировать вопрос. Важно уловить это стеснение, скованность, предложить поговорить наедине. Самой большой ошибкой было бы начать отвечать, не выяснив точно, что именно беспокоит пациента. Такой ответ может только подтвердить его ожидание, что врач его не понимает, а значит от дальнейшего обсуждения следует отказаться вовсе.

Самой верной тактикой было бы ответить вопросом на вопрос, т. е. выразить согласие откровенно обсудить предлагаемую тему после того, как человек сможет более подробно описать свои переживания и сомнения. Так, на весьма общий вопрос пациента, нет ли каких-либо побочных эффектов у данного препарата, было бы неверно предложить ему прочи-

тать прилагаемую к нему инструкцию. Лучше выразить свое стремление к сотрудничеству и попросить сформулировать вопрос более точно: «Я много могу рассказать о преимуществах и недостатках этого лекарства, но не могли бы вы поточнее сказать, какого рода побочные эффекты настораживают вас больше всего». Вполне возможно, что мужчину интересовало влияние на сексуальные способности, а женщина была озабочена воздействием лекарств на ее будущего ребенка.

Врач, отвечая на «трудные» вопросы, испытывает такое же волнение, как и пациент. Психологические защиты часто заставляют его торопиться, отвечать уклончиво, проявлять раздражение. Все это вызывает недоверие и снижает авторитет врача. Правильнее было бы честно признаться в своей растерянности («Я смущен», «Я должен подумать») и предложить обсудить вопрос «не на ходу», пообещать сверить свое мнение с данными литературы или посоветоваться с более опытным коллегой. Очень важно выполнить свое обещание, не откладывая этого надолго.

В любом случае, даже будучи уверенным в правильности своего ответа, важно в первую очередь предоставить пациенту возможность высказать его собственную точку зрения: «А как бы вы сами ответили на вопрос, который мне задали?». Как показывает опыт, такое обсуждение бывает более полезным, чем стремление врача показать свою эрудицию и умение справиться с любой ситуацией.

15.7. Тяжелые, неизлечимые заболевания и смерть

Постоянное столкновение со смертью и опасностью смерти составляет один из важнейших атрибутов врачебной деятельности. Для многих обывателей это становится источником постоянного страха и страданий. Однако психологи и философы часто совсем иначе оценивают значение смерти для человека. Не случайно так часто звучит призыв «Memento mori»*, тот же смысл слышим мы в словах знаменитой проповеди Джона Донна: «И потому не спрашивай никогда, по ком звонит колокол. Он звонит по тебе».

Особенно подробно отношение к смерти и умиранию исследуется в концепции экзистенционализма. Ирвин Ялом, профессор психиатрии Стэнфордского университета, строит свои подход к психотерапии на представлении о том, что человек вынужден постоянно бороться с четырьмя неопровержимыми истинами: это конечность жизни, свобода выбора и ответственность, одиночество перед самим собой, отсутствие

* Лат. помни о смерти.

у жизни смысла как такового. Страх перед этими истинами заставляет человека погружаться в быт, беспокоиться о сделанном прежде и о своем будущем так, как будто он собирается жить вечно. Столкновение со смертью заставляет нас задуматься о ежеминутном существовании, о радости каждого дня, о счастье здоровья, о том самом главном, что составляет ценность нашей личности. Все это позволяет сделать вывод о том, что если *физическая смерть* уничтожает человека, то *идея смерти* спасает его.

Работая с неизлечимыми раковыми больными, Ирвин Ялом обращал внимание на то, что на фоне тяжелых мыслей о приближающейся смерти у многих пациентов исчезали признаки невроза, беспокоившие их годами. Так, большинство фобий отступало на второй план при сравнении их с неуклонно развивающейся болезнью. Примерно такая же психологическая динамика характерна для лиц, выживших после попытки самоубийства. Нередко они отмечали, что стали более внимательны к друзьям и откровеннее с ними, полнее чувствуют жизнь, научились наблюдать изменения в природе.

Защиту от страха смерти вынуждены применять и пациенты, и врачи. Обычно эта защита выражается либо в виде веры в собственную исключительность («Ко мне это не имеет никакого отношения»), либо в надежде на конечного спасителя («Врачи обязательно что-нибудь придумают»). Считается, что первый вариант характерен для более сильных личностей с внутренним локусом контроля (см. раздел 8.1), второй — для лиц с низкой самооценкой, зависимых, нуждающихся в посторонней поддержке.

Наблюдение за страданиями пациентов в терминальной фазе болезни нередко вызывает у медицинских работников и еще один, крайне деструктивный вид психологической защиты. Это стремление приблизить смерть, скрытое под якобы гуманной целью облегчить страдания пациентов. Мы рассматриваем такое стремление как удовлетворение неосознаваемых потребностей врача и родственников больного в ущерб интересам самого пациента (защита врача от собственного страха смерти и боли). Ведь существует множество способов облегчить страдания пациентов без приближения их смерти (психотерапия, обезболивающие, транквилизаторы, антидепрессанты, противорвотные, инструментальные и оперативные методы восстановления питания и кишечной проходимости, уход и гигиена). Кроме того, наблюдение за тяжелобольными показывает, что лишь небольшая их часть высказывают желание расстаться с жизнью,— в большинстве случаев вызывает удивление способность людей в таком состоянии радоваться мелочам и каждому проявлению жизни. Некоторую аналогию можно заметить в наблюдениях Виктора Франкла, который отмечал, что среди заключенных концентрационных лагерей,

которые постоянно находились под страхом смерти, стремление к самоубийству было исключительной редкостью.

Требуется проявлять особое понимание в том случае, когда пациент обращается к врачу с просьбой ускорить уход из жизни. Чаще всего такое обращение нужно рассматривать как скрытый призыв о спасении: ведь если человек действительно решил умереть, он не станет предупреждать об этом кого-либо и возлагать на другого эту непомерную ответственность. Такое поведение, вероятнее всего, говорит о наличии депрессии. Следует помнить о том, что депрессивные больные стремятся к прекращению жизни даже в том случае, когда никакой реальной опасности для их существования нет. Своевременное лечение депрессии (психотерапевтическое и лекарственное) показывает, что по выходе из состояния подавленности пациенты выражают благодарность врачам, которые не позволили им реализовать их стремление к самоубийству. Часто появлению депрессии способствуют боли и соматические симптомы, которые должны быть преодолены врачами в полной мере. Показано, что прекращение депрессии способствует также повышению защитных сил организма и коррелирует с большей продолжительностью жизни у безнадежно больных.

Исследователи, анализирующие психологию неизлечимо больных, обычно выделяют несколько стадий осознания приближающейся смерти. *Фаза шока* проявляется растерянностью, ступором, чувством взрыва, оглушения. *Фаза отрицания* выражается неверием в реальную опасность, убежденностью, что произошла ошибка, поиском доказательств того, что существует выход из непереносимой ситуации. *Фаза агрессии* определяется признанием опасности и поиском виновных, стенаниями, раздражением, стремлением наказать всех вокруг. Одним из проявлений этой фазы у больных СПИДом бывают попытки заразить кого-либо из окружающих. *Фазу депрессии* некоторые психологи рассматривают как чувство раскаяния в совершенных в жизни прегрешениях, попытку искупления вины собственным страданием. *Стадия примирения с судьбой* указывает на состоявшуюся перестройку в сознании, переоценку физических и материальных истин ради духовных потребностей. Способы психокоррекции зависят от фазы переживаний и особенностей личности пациента, но все они направлены на более быстрое и безболезненное достижение этапа примирения (см. Приложение 4).

Психологическая работа с неизлечимо больными основывается на преодолении привязанности к быту и повышении чувства самоценности (самореализации). Полноте восприятия жизни способствуют такие мелочи, как удобная постель, любое ласковое слово, неформальное обращение, возможность наблюдать смену природных явлений за окном. Следует быть

более внимательным к казалось бы несущественным просьбам и замечаниям, которые в действительности составляют для человека, прикованного к постели, целый мир; ни в коем случае нельзя относиться к ним как к капризам. Недопустим формализм в общении («Это запрещено регламентом нашего учреждения»): ведь перед лицом смерти любой запрет представляется ничтожным. Гораздо уместнее стремление к сотрудничеству («Мы так никогда не делали, но если вы считаете это важным, давайте попробуем»).

Очень тяготит умирающих пациентов сознание нереализованности и отсутствия смысла прожитых лет. Попытки указать на реальные заслуги и достижения часто не успокаивают, поскольку эти заслуги всегда можно сравнить с чьими-то другими. Гораздо важнее указать в беседе на ценности, которые связаны только с этим человеком, и никаким другим. Так, сын является незаменимой радостью для матери, жена — незаменимым счастьем для мужа. Обсуждение пережитых вместе счастливых дней, воспоминание о минутах, наполненных радостью существования, разговор о том, что является важным только для близких людей,— вот что приближает человека к ощущению ценности его жизни. В драме Генрика Ибсена «Пер Гюнт» есть глубоко интимный момент, когда главный герой, тратящий жизнь понапрасну, становится свидетелем смерти своей матери. Его яркие фантазии, основанные на воспоминаниях о годах детства, помогают матери преодолеть страх и достичь умиротворения.

Ирвин Ялом предлагает следующие психологические приемы для пациентов, напуганных приближающейся смертью. Формула *«существование не может быть отложено»* призывает задуматься о необходимости безотлагательно добиваться того, что больше всего хочется в жизни. Так, он описывает удовлетворение пациентки, которая много лет прожила в несчастливом браке и наконец настояла на разводе после того, как узнала, что больна раком. Призыв *«подсчитывайте свои сокровища»* означает стремление обратить внимание не только на страдание, но и на те маленькие удачи, которые дарит нам каждый день. В этом смысле примечательна радость одной из умирающих пациенток, которая искренне благодарит посетителя, принесшего ей шоколад, хотя сама она есть не может: «Ну вот, теперь мне есть, что подарить моим добрым медсестрам!». Последнее выражение *«для личности нельзя найти тождества»* призывает отказаться от попыток примитивного отождествления: «Я — это моя работа», «Я — это мои ученики», «Я — это мое тело». Поиск другого духовного содержания собственной личности часто помогает легче воспринять свой уход в другой мир. Так, один из больных раком рассказывал о своем внезапном прозрении, которое совпало у него с возникновением мысли «Я и мои ботинки — это не одно и то же».

Оказывая помощь умирающему пациенту, следует позаботиться и о его родственниках. Известно, что родные переживают часто примерно те же чувства, что и сам больной, хотя их жизни ничего не угрожает. Статистические исследования показывают, что в семьях, перенесших тяжелую потерю, в следующий за ней год отмечается повышение заболеваемости и смертности. Известен психотерапевтический опыт создания волонтерских клубов вдов и вдовцов, чьи супруги умерли в хосписе. Такие люди могут направить свою деятельность на помощь другим безнадежным пациентам или сиротам, чьи родители умерли от неизлечимой болезни.

Прикосновение к чужой смерти часто обогащает и облагораживает человека. Многие пациенты, страдающие наркоманией и алкоголизмом, добились ремиссии после того, как стали свидетелями смерти друга, вызванной передозировкой. Полезным опытом для молодых врачей было бы чтение знаменитой повести Льва Толстого «Смерть Ивана Ильича». Безусловно, не всем медицинским работникам удается преодолеть свой страх смерти, довольно часто защитой от этого страха становится равнодушие, которое влечет за собой усталость и раздражение (симптомы эмоционального выгорания). Мы надеемся, что в данном разделе мы сумели показать, что такая защита не приносит пользы не только пациентам, но и самим врачам.

В заключение приведем одну из притч, используемых в психотерапии Н. Пезешкианом:

Один человек добился у Ангела смерти обещания, что тот предупредит его заранее о приближении смертного часа. И он был возмущен, когда тот явился к нему однажды и заявил, что завтра заберет с собой: «Как же так, ведь ты обещал своевременно уведомить меня о своем решении». В ответ Ангел смерти сказал: «Я подавал тебе один сигнал за другим, но ты оставался безучастен. Ты ничего не взял в толк, когда я забрал твоих отца и мать, ни о чем не подумал, когда умерли твой друг и сосед. Я посылаю тебе сигналы, а ты закрываешь на них глаза... Завтра ты пойдешь со мной».

15.8. Ипохондрия и злоупотребление лекарствами

Довольно часто врачу приходится сталкиваться с пациентами, которые переоценивают тяжесть своего заболевания, находят признаки соматической болезни, в то время как в действительности ее нет вовсе. Такое расстройство называется **ипохондрией**. Ипохондрия является лишь симптомом, она наблюдается при многих психических и некоторых соматических заболеваниях. Выделяют пограничные ипохондрические состояния, соответствующие неврозам и психопатиям, и психотические бредовые формы ипохондрии.

Яркое проявление невроза навязчивых состояний — ***навязчивая ипохондрия***. Она проявляется постоянными страхами и сомнениями больного относительно его соматического благополучия. Такие пациенты постоянно обращаются с просьбой провести дополнительные обследования и исключить пугающий их диагноз. Особенностью данных пациентов считают то, что в глубине души они сами понимают необоснованность своих страхов, с иронией рассказывают о них врачу. Предложение обратиться к психиатру или психологу вызывает у них понимание, они охотно следуют этому совету, особенно если лечащий врач подтвердит авторитет специалиста, к которому он направляет своего пациента.

Гораздо труднее бывает найти общий язык с пациентами, чьи ипохондрические идеи обусловлены психопатическими чертами характера. Так, для застревающих личностей (а также паранойяльных психопатов) характерны ***сверхценные ипохондрические идеи***. Они выражаются в упорном стремлении к достижению их собственных стандартов здоровья, часто сильно отличающихся от норм, принятых врачами. Такие больные могут настаивать на применении особых методов оздоровления: голодании, уринотерапии, холодном обливании, вегетарианстве, раздельном питании, специальных комплексах упражнений. При этом они часто требуют, чтобы вся семья следовала их рекомендациям. Среди подобных пациентов распространено злоупотребление лекарственными средствами, которые не относятся к психотропным: антибиотиками, слабительными, противоаллергическими, противовоспалительными, сосудосуживающими, противогрибковыми. Женщины могут использовать специальные средства по уходу за кожей, некоторые из которых скорее наносят вред, чем пользу.

Переубедить пациентов со сверхценными идеями бывает исключительно сложно, тем более что часто они ссылаются на популярные журналы и авторитет целителей. В первую очередь врач должен решить, насколько опасна методика, которую использует пациент. Если реальной опасности нет, то во имя поддержания взаимопонимания можно сохранить нейтралитет по отношению к сверхценной идее, сказать, что вы не возражаете против данной методики, хотя и не верите в ее эффективность. Важно избегать иронии, чтобы не обидеть пациента: в этом случае, возможно, удастся убедить его использовать, помимо собственных методов, и другие, признанные медициной. Если метод, применяемый пациентом, опасен, лучше не критиковать методику в целом, но показать, что именно в его случае она может быть вредна. Эту мысль необходимо обосновать результатами обследования. Если и это не убеждает пациента, можно предложить ему на время прекратить самолечение и проверить эффективность вашего метода терапии, при этом больного можно заверить в том, что он сам

сможет решить, что лучше, испытав все на своем опыте. Напряженность сверхценных идей немного снижают безопасные нейролептики (неулептил, сонапакс, небольшие дозы этаперазина, трифтазина и галоперидола).

Весьма тяжелое проявление патологической демонстративности (истерическая психопатия) — ***синдром Мюнхгаузена***. Он выражается в намеренном нанесении себе повреждений для того, чтобы потом быть подвергнутым специальному (чаще оперативному) лечению. Пациенты с данным синдромом бывают повторно оперированы в связи с повторяющимися флегмонами, жалобами на боли в животе и т. п. После проведения операций они могут специально раздражать швы, вносить инфекцию, наносить дополнительные царапины для того, чтобы лечение было продолжено. Никакой материальной выгоды они получить не стремятся, что отличает данных пациентов от симулянтов. Данное расстройство чаще встречается у женщин. Среди пациенток преобладают лица, страдающие от одиночества, живущие монотонной, неинтересной жизнью, не имеющие высокой квалификации; их часто беспокоят неуважение и презрение со стороны родственников. Курсы лечения в этом случае вносят в их жизнь новизну, интригу, заставляют родных проявить сочувствие и заботу.

Большинство пациентов с синдромом Мюнхгаузена активно отказываются от предлагаемой им психиатрической помощи. Бессмысленно ругать данных пациенток за обман, так как это только усиливает их стремление применять психологические защиты. Можно предложить им остаться на некоторое время в хирургическом стационаре, попросить помочь персоналу убираться в отделении, ухаживать за другими больными. Поскольку в основе их болезни обычно обнаруживается низкая самооценка, полезно лечение антидепрессантами и безопасными нейролептиками (эглонил).

Депрессия практически всегда сопровождается ипохондрическими высказываниями. Характерны жалобы на боли, снижение аппетита, запор, упадок сил. При этом больные не настроены на лечение, так как не верят в его эффективность. Злоупотребления лекарствами обычно не бывает, зато нередко отмечают чрезмерный прием алкоголя для смягчения чувства тоски. При тяжелых психотических вариантах депрессии часто возникают нелепые ипохондрические идеи, достигающие степени бреда: «Все внутри сгнило», «Внутренности высохли», «Нервы атрофировались», «Все забито шлаками». Особенно характерны подобные высказывания для пациентов пожилого возраста.

Ипохондрический бред может возникать и при других психозах. В этом случае пациенты утверждают, что больны опасным заболеванием (рак, СПИД, сифилис, глистная инвазия), стали жертвой недобросовестного лечения или намеренного зараже-

ния, получили болезнь в результате травмы или колдовства. Безапелляционная уверенность больных сопровождается настойчивыми требованиями провести операцию, специальное лечение. Отказ заставляет их искать собственные, часто вычурные и опасные методы (принимать колоссальные дозы антибиотиков, делать себе клизмы, пытаться самостоятельно вырезать «опухоль»). Утрата надежды на выздоровление может стать причиной самоубийства. Опасность суицида и нелепые «лечебные» мероприятия являются основанием для немедленного направления к психиатру. Закон разрешает в этом случае и недобровольное помещение в психиатрический стационар.

15.9. Симуляция, аггравация и диссимуляция

Определение понятий «симуляция», «аггравация» и «диссимуляция» и рекомендации по их диагностике были даны в разделе 11.2. В настоящей главе мы хотели бы обсудить тактику врача по отношению к пациентам с подобными проблемами.

Целенаправленный обман врача при ***симуляции*** и ***аггравации*** основан на желании получить конкретную выгоду (материальные льготы, освобождение от службы в армии, признание невменяемым в судебном разбирательстве). Раскрытие планов пациента ставит врача перед необходимостью сообщить свое решение о бессмысленности дальнейшего обследования, лечения, пребывания в стационаре. Фактически приходится обвинять человека в аморальном поступке, что заставляет его активно применять психологические защиты, настаивать на своей правоте, искать новые доказательства болезни. Конфликт может даже завершиться написанием жалобы, по поводу которой врач, как провинившееся лицо, вынужден будет давать объяснения начальству. Большинство опытных врачей считают более правильным высказать свое решение без использования прямых обвинений, так, чтобы у пациента оставался шанс сохранить самоуважение.

Например, можно сказать: «Мы рады вам сообщить, что, к общему удовлетворению, ваша болезнь оказалась не такой опасной, как это казалось вначале. Того краткого курса лечения, который мы уже провели, вполне достаточно для того, чтобы восстановить здоровье. Если у вас в дальнейшем возникнут какие-либо вопросы, их легко можно будет решить с помощью амбулаторной консультации». В большинстве случаев пациент, услышав такие слова, прекрасно понимает, что врач раскрыл его замысел и предлагает ему устраивающий всех выход из неприятной ситуации. Вероятнее всего, он постарается воспользоваться этим выходом для того, чтобы не привлекать к себе еще большее внимание. Только интеллектуально ограниченные люди могут в этом случае продолжать на-

стаивать на своей правоте; тогда следует пригласить их в кабинет врача и в беседе один на один попытаться показать невыигрышность их позиции («Неужели вы хотите, чтобы вас поставили на учет по психическому заболеванию?», «Имейте в виду, что с таким заболеванием вы не сможете получить водительские права», «Вы не опасаетесь, что признание больным может помешать вам получить выгодную работу?»). Безусловно, в истории болезни нужно без обиняков описать сущность ситуации.

При ***диссимуляции*** отношение к пациенту несколько иное. Хотя он и является обманщиком, однако одновременно его следует оценивать и как жертву. В основе его поведения лежат беспомощность и страх, ощущение, что возникшая болезнь может существенно изменить его жизнь, помешать продолжить работу на прежнем месте, внести раздор в семейные отношения, дискредитировать его в глазах друзей, стать причиной его длительной изоляции для лечения в стационаре. Отчаянное стремление скрыть болезнь в таком случае можно рассматривать как коупинг-стратегию.

Чтобы помочь пациенту более эффективно преодолеть неприятную ситуацию, необходимо продемонстрировать ему свое понимание и стремление к сотрудничеству. Так, в первую очередь следует гарантировать ему сохранение тайны. Затем попытаться обсудить, чем именно болезнь пугает его, пообещав учесть все его страхи в своей дальнейшей тактике. Готовность идти на компромисс, искренняя забота о проблемах пациента в большинстве случаев позволяют убедить его в бессмысленности дальнейшего избегания помощи врача. Полезна психотерапия, основанная на разрушении ложных тождеств («Я — это моя работа», «Я — это моя карьера», «Я — это моя семья») и поиске новых путей самореализации. Назначение транквилизаторов и седативных антидепрессантов также помогает больному избавиться от страхов и мрачных прогнозов. Спокойное размышление часто приводит таких пациентов к мысли о необоснованности их страхов («Да я и сам понимаю, что когда-то придется прекращать летную работу», «Я подумал и решил сам рассказать все жене»).

15.10. Врачи и высокопоставленные лица в качестве пациентов

Особая ответственность ложится на врача в том случае, когда его пациентом становится коллега. При этом сложности могут возникать и на этапе диагностики, и при проведении лечения, и во время психологической реабилитации.

На примере **врача-пациента** особенно четко прослеживается дезорганизующее влияние психологических защит на внут-

реннюю картину болезни. Специалист, который безошибочно устанавливает диагноз многим больным, редко может быть объективен в оценке собственного здоровья, причем чем опаснее предполагаемое заболевание, тем труднее бывает признать его у себя самого. Показателен пример Чехова, который, будучи опытным врачом, долгое время отказывался признать свой кашель признаком опасной болезни, которая стала причиной его ранней смерти. Таким образом, уже при первом обращении следует с осторожностью относиться к диагнозам, выставленным врачом самому себе. Никак не выражая своего сомнения, необходимо указать коллеге на необходимость (якобы формальную) полного и корректного обследования, включая проведение соответствующих анализов. Выражая благодарность за советы и комментарии, необходимо относиться к ним как к субъективным взглядам обычных пациентов.

Сам факт госпитализации для врача часто становится психологически более травматичным, чем для любого другого человека, так как он свидетельствует о наличии действительно серьезной проблемы (ведь легкое расстройство врач постарается вылечить самостоятельно в амбулаторных условиях). Выслушивание рассказов соседей по палате, наблюдение за действиями коллег подчеркивают бездеятельность, выключенность из привычного круга профессиональных обязанностей. Избыток свободного времени заставляет постоянно анализировать свое состояние и возможную опасность. На память приходят эпизоды из собственного опыта, когда приходилось обманывать пациента, что заставляет подозревать коллег в неискренности. При этом лечащий врач часто ошибочно считает, что такой пациент требует меньше времени для общения («Ведь он сам все понимает»).

Еще одним источником переживаний для врача становится сознание того, что он как человек, спасший много других жизней, заслуживает чего-то большего, чем все остальные пациенты. Нельзя не учитывать это в данной ситуации. Поскольку мы не можем лечить врача лучше, чем других больных, свое особое отношение следует выразить в хотя бы небольших знаках внимания и «поблажках». Безусловно, коллегу следует принять вне очереди, побеспокоиться о том, чтобы предлагаемое ему место в палате полностью его устроило, уделить такому больному немного больше внимания, разговаривая с ним не только в палате, но и приглашая для беседы в кабинет. Заведующий отделением должен поручить ведение такого больного наиболее опытному врачу (желательно того же пола). Важно разрешить такому пациенту некоторые незначительные отступления от режима (прием посетителей в удобное для него время, разрешение прогулок, краткие отпуска домой). Такая тактика способствует повышению самоува-

жения, смягчает переживания, вызванные собственной беспомощностью, повышает степень удовлетворения проведенным лечением.

Похожие проблемы возникают при обслуживании **высокопоставленного лица** (VIP*). Врач должен без раздражения воспринимать тот факт, что определенные уступки и знаки внимания необходимы в этом случае для того, чтобы человек был удовлетворен оказанной ему медицинской помощью. Следует позаботиться о том, чтобы персонал отделения также проявил большую терпимость, это следует специально обсудить с медицинскими сестрами и санитарами. Приходится с пониманием относиться к тому, что родственники больного предпочитают предоставлять анамнестические данные не лечащему врачу, а заведующему отделением или главному врачу клиники. Считается необходимым постоянно информировать высшее руководство о ходе лечения данного пациента, важно организовать специальные консультации (возможно, с привлечением известных специалистов из других учреждений), даже если диагноз в целом ясен и лечение проходит успешно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Биоэтика: принципы, правила, проблемы.— М: Эдиториал УРСС, 1998.

Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь: Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой.— СПб.: Речь, 2002.

Зорза Р., Зорза В. Путь к смерти: Жить до конца: Пер. с англ. / Послеслов. А. В. Гнездилова.— М.: Прогресс, 1990.

Ипохондрия и соматоформные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича.— М.: НИИ Клинической психиатрии АМН, 1992.

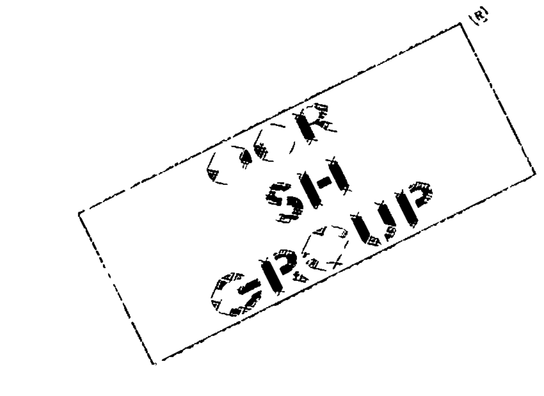
Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине.— Прага, 1983.

Облегчение симптомов при терминальных состояниях: Пер. с англ.— М.: Всемирная организация здравоохранения; Медицина, 1999.

Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными.— Будапешт, 1988.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия: Пер. с англ.— М.: Независимая фирма «Класс», 1999.

* Англ. very important person.



Глава 16 ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

В заключении книги мы хотели бы рассмотреть особенности психологической работы с пациентами различного возраста. Как показывает врачебный опыт, описанные ранее общие психологические закономерности не в полной мере могут быть применены к детям в силу незавершенности их психологического развития и к пожилым людям, что объясняется как изменением их жизненных целей, так и возрастными изменениями в работе мозга.

16.1. Критические возрастные периоды

В разделе 4.3 мы попытались представить разнообразие мнений психологов различных направлений на периодизацию человеческой жизни. Выработать единый подход и создать удовлетворяющую всех классификацию возрастов едва ли возможно, во-первых, потому, что социальные условия разных стран во многом определяют различия в продолжительности жизни и возрасте наибольшей социальной активности, а во-вторых, поскольку теоретические концепции разных авторов сфокусированы на изучении совершенно различных явлений (биологических, психологических, социальных).

В работах наиболее авторитетных исследователей (Ш. Бюлер, Д. Б. Бромлей, Э. Эриксон, Д. Б. Эльконин) чаще всего называются следующие основные периоды жизни человека (возраст указан приблизительно):

- раннее детство (до 3 лет)
- дошкольный период (от 4 до 6 лет)
- ранний школьный период (от 7 до 10 лет)
- подростковый период (от 11 до 15 лет)
- юношеский период (от 16 до 21 года)
- молодость, или ранняя взрослость (от 21 до 40 лет)
- зрелость, или поздняя взрослость (от 40 до 65 лет)
- старение (от 65—70 лет)

В *период раннего детства* происходит формирование речи, двигательных функций, навыков самообслуживания. В психологии этому периоду уделяют особое внимание, поскольку в это время складываются такие черты характера, как доверие к людям, чувство уверенности в себе, общительность, аккуратность, независимость. В *дошкольном периоде* не только накапливаются знания о мире и других людях, но и устанавливается половая роль ребенка, когда, копируя поступки взрослых, де-

ти усваивают характерное для их пола поведение. *Ранний школьный период* определяет бурное развитие абстрактного мышления, накопление научных, бытовых и профессиональных знаний. В *подростковом периоде* вырабатываются формы взрослого, самостоятельного поведения человека. В *юношеском периоде* определяется семейный, профессиональный и социальный статус. *Молодость* является периодом наиболее активного стремления к самореализации (в карьере, в воспитании детей). *Зрелость* — это время передачи опыта (повзрослевшим детям, ученикам). *Старение* — уход от дел, подведение итогов, примирение с собой, удовлетворенность достигнутым.

Темп формирования основных психических функций у различных людей в большинстве случаев бывает примерно одинаковым, однако нередко приходится сталкиваться со значительным ускорением или замедлением психического развития.

Акселерация (ускорение психического развития) сама по себе не рассматривается как признак патологии. В XX в. много говорили об общем ускорении психического развития детей по сравнению с прошлыми веками. Это проявлялось и ранним половым созреванием, и более высоким ростом детей. Гармоничная акселерация предполагает не только более быстрое телесное развитие, но и появление таких психологических качеств, как практицизм, ответственность, самостоятельность. Акселерация вызывает дополнительные психологические переживания у подростков в связи с конфликтом между ранним формированием сексуальности и традиционно поздним в европейской цивилизации началом самостоятельной жизни. В большинстве случаев по мере приближения зрелости лица с акселерацией все меньше отличаются от сверстников. Лишь в редких случаях акселерация может быть вызвана эндокринной патологией. В этом случае чаще отмечаются черты дисгармонии в виде капризности, неуправляемости, расторможенности.

Инфантилизм (незрелость личности) проявляется в длительном существовании у подростков и взрослых таких особенностей детской эмоциональности, как впечатлительность, романтичность, чувствительность, несерьезность, влечение к игре, шалостям, капризам, зависимость от окружающих. В некоторых случаях этому сопутствуют более позднее половое созревание и грацильное телосложение. Длительно существующий инфантилизм становится причиной стойких расстройств поведения у взрослого (истерической, астенической и неустойчивой психопатии), сексуальных расстройств и семейных дисгармоний. Довольно часто в основе инфантилизма лежит минимальная *органическая патология* ЦНС, лишь небольшое количество случаев можно объяснить неправильным воспитанием в условиях *гиперопеки*.

Кроме перечисленных этапов жизни, врачи и психологи нередко обсуждают **критические периоды**, т. е. время наиболее резких перемен в жизни, которым соответствуют значительный рост напряженности стресса и повышение вероятности срывов адаптации и психосоматических расстройств. Понятие критических периодов не вполне определенно, их связывают с

самыми различными (биологическими, психологическими и социальными) преобразованиями в человеческой жизни. Примеры резких биологических перестроек — это пубертатный и климактерический возраст, который сопровождается заметными телесными изменениями и крутым переломом в гормональной активности. Социальными кризисными событиями можно считать начало обучения в школе и ее окончание, создание семьи, увольнение с работы. Э. Эриксон считал, что каждому возрастному периоду соответствует определенный психологический кризис (см. таблицу 4.1), от успешного разрешения которого зависит степень адаптации человека. К. Г. Юнг и многие другие психологи особое внимание уделяли кризису среднего возраста (кризис 40-летних), который соответствует переходу от прогресса к регрессу, требующему пересмотра жизненных ценностей. Таким образом, критические периоды чаще всего соответствуют переходу в следующую возрастную группу.

Основные критические периоды:

- ранний детский (2—4 года)
- поступление в школу (6—8 лет)
- пубертатный (12—14 лет)
- среднего возраста (40—42 года)
- климактерический (45—50 лет)
- уход от дел (60—70 лет)

Кризисы первой половины жизни в основном связаны с повышением самостоятельности, подчеркнутым отделением от родителей (индивидуация). Это проявляется нарушениями поведения в виде непослушания, капризности, ухода из дому, навязчивых страхов и действий. Довольно часто в это время развиваются преходящие расстройства физиологических функций: расстройства аппетита, недержание мочи, тики, колебания артериального давления и обмороки, бронхоспазм. Во второй половине жизни кризис часто соответствует чувству утраты (развод, потеря здоровья, работы, смысла жизни, молодости). Это определяет высокую вероятность депрессии, истерических реакций и психосоматических расстройств (язвенная, гипертоническая, ишемическая болезни и пр.).

Кризисные периоды сами по себе не являются чем-то патологическим — подавляющее большинство людей преодолевают эти этапы довольно безболезненно. Довольно часто они выявляют недостатки предшествующего этапа развития: физическое нездоровье, упущения в воспитании, отсутствие профессиональной подготовки, нереализованность в карьере, неудачи в семейной жизни, недостаточное внимание по отношению к друзьям и близким. Таким образом, профилактика серьезных проблем в кризисные периоды начинается задолго

до собственно наступления переломного момента в жизни. Обеспечение постепенной подготовки к изменению жизненного уклада, воспитание активной жизненной позиции и умения взять на себя ответственность за свою судьбу, разнообразные варианты непрофессиональной деятельности (хобби, общественная работа, физические упражнения), широкие контакты, основанные на искренности (с семьей, друзьями, коллегами), позволяют довольно безболезненно преодолеть кризисные периоды.

Нередко приходится отличать проблемы возрастных кризов от хронических болезней, возникающих в том же возрасте (детская эпилепсия, юношеская шизофрения, инволюционная депрессия, старческая деменция). Хронические болезни возникают на фоне благополучного предшествующего развития. Резкая перемена в поведении никак не связана логически с ошибками воспитания. Болезни ломают, казалось бы, сложившуюся систему адаптации, они склонны к прогрессированию. Заметна утрата тех стратегий преодоления, которые уже закрепились в поведении.

Для врача возрастные кризы так же актуальны, как и для пациента. Не случайно симптомы хронической усталости и эмоционального выгорания особенно ярко проявляются по достижении 40-летнего возраста или на фоне климактерия. Нередко врачи стремятся продолжить работу и после достижения пенсионного возраста, хотя для этого обычно требуется изменение профиля работы (уход от активной оперативной деятельности, прекращение выполнения обязанностей заведующего отделением, сокращение часов работы). Профессиональное совершенствование, постоянное пополнение знаний, освоение смежных отраслей, новых лечебных и диагностических методик, увлеченность работой, радость по поводу достигнутого позволяют значительно уменьшить последствия кризисных возрастных периодов.

16.2. Особенности медицинской работы с детьми и подростками

Работа с пациентами-детьми требует специального рассмотрения в силу того, что для детской психики характерны особенности, откладывающие отпечаток на все аспекты врачебной деятельности: диагностику, лечебные мероприятия, психокоррекцию и реабилитацию. К общим психологическим чертам детей следует отнести преобладание эмоциональных реакций над логическим анализом, неразвитость сферы восприятия (сложности тонкой идентификации стимулов), зависимость от родителей, склонность к копированию их поведения, высокую внушаемость, отсутствие опыта и знаний о строении тела,

слабую волю, нетерпеливость, склонность к манипулированию.

На этапе **диагностики** врач часто испытывает серьезные трудности в получении необходимой ему информации. Маленькие дети, как правило, не могут сформулировать своих жалоб, часто они не способны описать никаких ощущений, кроме боли. При этом довольно трудно установить локализацию боли, поскольку даже в младшем школьном возрасте ребенку часто не удается точно показать место расположения заболевшего органа.

Большой проблемой при опросе детей становятся их стеснительность, страх по отношению к новым людям, особенно к врачам, которые ассоциируются с уколами, неприятными процедурами, анализами и пр. Дети старше 4 лет начинают болезненно реагировать на наготу, особенно если их заставляют раздеться в присутствии других детей. В случае скованности и стеснительности опрос ребенка лучше проводить в игре. Для этого в детских больницах и поликлиниках обязательно должны быть игрушки, карандаши, кубики, книжки с картинками. Так, например, обсуждение болезни можно проводить не напрямую с ребенком, а с куклой, которую он держит в руках. Отвечая за куклу, дети часто более свободно высказывают свое мнение о болезни, проецируя на нее свои ощущения.

Некоторые врачи сами становятся причиной плохого контакта с детьми, поскольку совершенно не обращают внимания на их реакции (страх, любопытство, скуку), а весь свой интерес направляют на беседу с родителями. Иногда ребенок активно протестует против этого: «Разговор ведь обо мне, вот и разговаривайте со мной».

Очень часто нарушения физиологических функций у ребенка сигнализируют о его неблагоприятном психологическом состоянии. Так, рвота, учащение стула, расстройства аппетита, энурез, ночные страхи, тики у детей нередко возникают в ответ на эмоциональный стресс. Довольно часто ребенок таким образом реагирует на конфликт, который он наблюдает в семье (ссора, развод, пьянство родителей), или на резкое изменение ситуации (переезд на новое место, направление в детский сад, отрыв от матери и воспитание у бабушки с дедушкой, перевод в другую школу). Среди расстройств, вызванных стрессом, особенно пугают родителей *аффект-респираторные судороги,* которые возникают у детей до 4 лет после испуга или обиды. Они развиваются на высоте крика, при этом ребенок вдруг внезапно задыхается и теряет сознание, бывают судорожные подергивания. Такие приступы не относят к патологии, однако приходится отличать их от эпилепсии и спазмофилии, наблюдаемой при рахите.

Серьезные проблемы в диагностике и лечении определяются *зависимостью детей от их родителей.* Так, озабоченность

здоровьем, постоянные подозрения («Я чувствую, что у него жар», «Я по глазам вижу, что у него болит голова», «Он совсем устал») оказывают на детей крайне неблагоприятное воздействие. Высокая внушаемость заставляет их действительно чувствовать себя плохо. Довольно часто они начинают манипулировать родителями, стремясь получить с помощью своих жалоб на плохое здоровье знаки внимания и освобождение от неприятных обязанностей.

Возможна и другая крайность, когда родители намеренно отгораживают детей от общения с врачами, игнорируют отклонения в их развитии, предполагая, что отношение к ребенку как к больному может усилить его отставание и чувство неполноценности. Довольно часто в основе такого поведения родителей просматривается активное участие психологических защит, которые отгораживают взрослых от пугающих их сведений о болезни детей. Психологическая слепота заставляет родителей в таком случае подвергать детей чрезмерным нагрузкам (изучение в школе математики или дополнительного языка). Приведем пример из практики.

Мальчик 8 лет, осмотрен психиатром в Центре психологической реабилитации и коррекции по рекомендации школьных учителей в связи с низкой успеваемостью. Мать мальчика принесла с собой выписку из детской больницы, где сын проходил обследование и лечение сразу после рождения. В выписке указаны серьезные дефекты развития, выявленные при рождении: незаращение межпредсердной перегородки, аномалии строения мозжечка и подкорковых структур мозга при магнитно-резонансной томографии. В больнице наблюдались эпизоды отключения сознания. Дальнейшее развитие проходило в домашних условиях, в дошкольные детские учреждения никогда не ходил. До настоящего времени сохраняется энурез. Дважды за последний год отмечались приступы потери сознания с судорогами. Моторика несовершенна: мальчик не может прыгать на одной ноге, мимика отличается своеобразием. Читает по слогам, пишет медленно, с ошибками, выполняет действия по сложению и вычитанию в пределах десятка, более крупными цифрами оперировать не может. Мать отмечает, что с момента рождения никогда не обследовала сына в официальных учреждениях: «Зачем слушать врачей. Ведь они все говорят разное». Консультировалась только с частным педиатром, который обычно признавал сына здоровым. Ничего не хочет слышать об обследовании у кардиолога: «Зачем? Ведь операцию я все равно делать не позволю». Гордится тем, что никогда не давала сыну лекарств.

Внутренняя картина болезни детей отличается своеобразием. Отсутствие опыта и знаний, неразвитая способность к логическому анализу приводят к тому, что эмоциональный компонент становится ведущим в восприятии болезни. Поведение во многом определяется самочувствием: так, прекращение лихорадки часто приводит к тому, что ребенок начинает играть, шалить, отказывается выполнять рекомендации. Постоянные

наставления взрослых («Мой руки, а то заболеешь», «Не трогай снег руками» и пр.) приводят к тому, что дети часто считают болезнь наказанием за плохое поведение и несоблюдение правил гигиены. В случае острых заболеваний весьма типична реакция на болезнь по типу регрессии, когда ребенок начинает демонстрировать свою беспомощность, потребность в ласке и уходе, не позволяет маме уходить из дому, просит, чтобы ему почитали (хотя обычно читает сам), подержали его за руку. При хронических заболеваниях и дефектах развития, напротив, нередко отмечаются серьезное отношение к самосовершенствованию, стремление компенсировать свой недостаток за счет развития других способностей (чтение, религиозное образование, изучение природы и пр.).

Помещение ребенка в стационар становится для него серьезной травмой, поэтому такое решение принимается только в том случае, когда другие варианты лечения невозможны. При лечении дошкольников обычно стремятся к тому, чтобы мать находилась вместе с ребенком. Для детей более старшего возраста чрезвычайное значение приобретают отношения со сверстниками в палате. Капризы ребенка, отказ от проведения лечения и обследования могут быть вызваны насмешками, угрозами и притеснениями, о которых ребенок боится или стесняется рассказать взрослым. Поэтому лечебные и диагностические процедуры, связанные с раздеванием, лучше проводить в отдельном кабинете, не в присутствии других детей.

Лечение в педиатрическом отделении также требует соблюдения некоторых особых правил и принципов. Так, склонность детей к шалостям накладывает особенные требования на хранение и выдачу лекарственных средств: все лекарства должны постоянно находиться под замком, желательно в отдельной комнате, вход пациентов в которую не допускается. Выданные лекарства должны быть приняты немедленно в присутствии медсестры.

Не все методы *психотерапии* одинаково эффективны в детском возрасте. Относительное преобладание эмоциональной сферы над процессами мышления определяет высокую внушаемость ребенка. Это позволяет с успехом использовать методики прямой и косвенной суггестии, релаксирующие процедуры. А вот рациональная и когнитивная техники часто у детей не дают желаемого результата.

Незавершенность процесса воспитания определяет эффективность *поведенческой (условно-рефлекторной) терапии*. Так, во многих детских учреждениях с успехом применяется метод жетонной экономики, когда для подкрепления желательного поведения вручаются специальные «награды» (медали, жетоны, крестики на стенде, вымпела), которые в дальнейшем могут быть обменены на вещественные призы (сласти, игрушки, билеты в театр и пр.). Важно, чтобы взрослые невольно не

выдавали вознаграждение за поведение, которое не является желательным: например, не следует давать конфеты, чтобы ребенок перестал плакать.

В случае страхов неплохой результат дает применение техники конфронтации, когда ребенка вынуждают неизбежно какое-то время контактировать с пугающим объектом. Присутствующий инструктор демонстрирует ребенку отсутствие опасности, гарантирует ему защиту, уменьшает тяжесть переживаний. Еще один метод поведенческой терапии — это приборы биообратной связи, они используются для лечения энуреза. Прибор будит ребенка звонком, если его белье становится мокрым.

Особую роль в лечении детей играют тренинговые методы *(научение)*, особенно если они основаны на игре. При хорошем самочувствии можно использовать стремление ребенка к активности для проведения физических упражнений, желательно с какими-либо предметами (игрушками). Для работы с пациентами, страдающими тяжелыми заболеваниями с уменьшением подвижности, расстройствами, вызывающими чувство неполноценности, разработаны реабилитационные программы с участием животных. В онкологических и гематологических учреждениях для повышения уверенности в себе и развития чувства контроля над ситуацией для детей предлагаются компьютерные игры, например игра «убей раковую клетку». При энурезе используют метод тренировки мочевого пузыря. Ребенку рекомендуют пить жидкость без ограничения, в течение дня при появлении позывов он должен потерпеть по меньшей мере 15 (лучше 30) мин, а кроме того, 1—2 раза в день постараться полностью прервать процесс мочеиспускания. Важную роль в реабилитации играют регулярные уроки (школьные предметы, рисование, лепка) и занятия с логопедом.

Лекарственные психотропные препараты детям назначают с большой осторожностью. Особенно нежелательны транквилизаторы, потому что они ухудшают процессы запоминания и интеллектуальной обработки. При гиперактивности и дефиците внимания седативные средства (включая растительные) оказывают скорее отрицательное, чем положительное воздействие: они уменьшают способность ребенка контролировать свои поступки и делают его менее внимательным. Действие стимуляторов в этом случае парадоксальное: они часто помогают повысить работоспособность и организованность, однако применяют их с осторожностью из-за возможных нарушений сна и расстройств аппетита. Нейролептики в небольших дозах (неулептил или галоперидол в каплях) довольно часто назначаются в детском возрасте при агрессивном поведении, неуправляемости, аутизме, генерализованных тиках (синдром Жиля де ля Туретта). Антидепрессанты пока не нашли широ-

кого применения в детской практике, хотя многократно сообщалось об их эффективности при энурезе. Явные депрессивные фазы у детей до пубертата практически не возникают. Высказывается мнение о том, что многие соматические расстройства в детском возрасте являются аналогом депрессии (маскированная депрессия), поэтому обсуждается возможность их лечения современными безопасными серотонинергическими препаратами (например, феварином), однако отсутствие достаточного опыта не позволяет рекомендовать такое лечение без проведения дополнительных исследований.

Наиболее часто при лечении детей назначаются *ноотропные* средства. Они способствуют развитию памяти и мыслительных процессов, улучшают адаптацию к новым условиям, повышают устойчивость к стрессу. Набор препаратов довольно широк: это ГАМКергические вещества (пирацетам, пантогам, пикамилон, фенибут), производные витамина B_6 (пиридитол, магне-B_6), аминокислоты (глицин, глутаминовая), олигопептиды (семакс, церебролизин) и др. Эффективность ноотропов в детском возрасте выше, чем у взрослых пациентов.

Работа с **подростками** имеет свои особенности. В биологическом отношении, начиная с пубертатного возраста, организм человека настолько приближается ко взрослым показателям, что основные биологические методики и лекарственные средства используются по общим правилам. В психологическом же отношении подростки и юноши существенно отличаются от взрослых. В этом возрасте общество накладывает на человека все больше обязанностей и ограничений, существенным источником стресса становится возрастающее сексуальное влечение. Применяемые же защитные механизмы часто отличаются примитивностью. Так, весьма характерны копирование поведения авторитетного сверстника (идеализация и идентификация), высокая подверженность влиянию группы, реакции протеста (отреагирование), агрессивные поступки, максимализм в оценках (расщепление), чувство неполноценности, суицидальные попытки (в основном демонстративные).

В отношении врача подростки проявляют больше недоверия, их прогнозы относительно возможности излечения менее оптимистичны, чем у детей. Предметом особой заботы подростков становится внешний вид, поэтому для них очень травматичны болезни и лечебные методики, влияющие на внешность. Так, резкая прибавка массы тела после приема гормональных средств или нейролептиков, кожные высыпания, выпадение волос на фоне приема противоопухолевых препаратов могут вызвать переживания, достигающие степени глубокой депрессии и завершающиеся суицидальной попыткой.

Юноши часто стремятся продемонстрировать свою выносливость, физическую силу, устойчивость к боли. Это становится причиной частых травм и самоповреждений. При этом

наложенный гипс, послеоперационные шрамы часто воспринимаются как предмет гордости. Перенесенные заболевания (даже венерические) могут стать источником хвастовства, так же как и злоупотребление алкоголем. Поэтому иногда подростки описывают выдуманную болезнь только для того, чтобы привлечь к себе внимание.

У девушек в подростковом и юношеском возрасте особенно часто возникает патологическое стремление к похуданию (нервная анорексия). Отмечают, что во многих случаях диагноз устанавливается слишком поздно из-за того, что больные тщательно скрывают от окружающих свою озабоченность избыточной массой тела. Так, они часто носят свободную одежду, скрывающую руки и ноги, едят довольно много в присутствии родных, но позже вызывают рвоту или принимают слабительные и мочегонные средства. Другой проблемой в этом возрасте становятся приступы головокружения и резкого снижения артериального давления (обморок), которые часто возникают психогенно.

Лечение подростка требует создания особо доверительных отношений с медицинскими работниками. Иногда молодой врач воспринимается как фигура, пользующаяся бóльшим доверием, чем родители. Авторитет и опыт доктора для подростка несущественны. Директивный подход в психотерапии крайне нежелателен, поскольку жесткий контроль скорее вызовет реакцию протеста. Однако и переложение всей ответственности на больного в пубертатном возрасте становится непомерной нагрузкой. Особенно много проблем возникает в случае необходимости регулярного приема лекарственных препаратов, поскольку сами подростки редко способны соблюдать регламент, а забота родителей может восприниматься ими как тягостная опека. Выдача лекарств на руки связана с угрозой передозировки, которая может быть вызвана стремлением испытать эйфорию, похвалиться перед сверстниками своей высокой выносливостью или намерением покончить с собой.

16.3. Особенности работы с пациентами пожилого возраста

Здоровье пожилого человека постоянно находится в центре внимания врачей, поскольку среди посетителей поликлиник и пациентов больниц для взрослых люди преклонного возраста составляют неоспоримое большинство. Известно, что причина этого — не только закономерное увеличение вероятности соматического заболевания с возрастом, но и особенности социального положения пожилого человека, столкнувшегося с одиночеством, потерей дела жизни, смертью друзей.

Психологические особенности пожилого человека часто становятся причиной непонимания, раздражения, конфликтов. При этом для молодых наблюдение признаков старения становится источником пугающих мыслей о неуклонном приближении смерти, а это определяет использование психологических защит, часто неконструктивных. Страх собственного увядания заставляет окружать пожилой возраст ореолом мифов, которые, с одной стороны, наделяют стариков свойствами мудрости, проницательности, благородства, а с другой, подчеркивают их бесполезность, болезненность, беспомощность, капризность и взбалмошность.

Исследования ***интеллекта*** пожилых людей показывают, что заметные возрастные изменения затрагивают лишь некоторые из мыслительных процессов. Так, очевидное снижение способности концентрировать внимание, затруднения при решении новых мыслительных задач, уменьшение скорости переработки информации, сложности в организации информации при ее перемещении из оперативной в долговременную память, проблемы при вызове сведений из долговременной памяти сочетаются с сохранением многих других функций. Особенно подчеркивают прочность так называемых *кристаллизованных* фундаментальных знаний, определяющих способность быть экспертом в какой-либо области, находить решение в нестандартных ситуациях, опираясь на существующие логические каноны. Жизненный опыт пожилых людей определяет богатый спектр тактик практического преодоления и владение постоянно используемыми стратегиями мышления.

Сохранение перечисленных способностей напрямую зависит от количества времени, затраченного на собственное образование. Выключение из работы и активной интеллектуальной деятельности способствует быстрой утрате имеющихся навыков. Существующие тренинговые методики позволяют длительно поддерживать имеющиеся способности и восстанавливать их в случае частичного угасания.

Можно рассматривать старение и как ***эмоциональный стресс,*** накладывающий на человека дополнительную нагрузку. Среди компонентов этого стресса и страх приближающейся смерти, и чувство утраты сил и здоровья, и потеря любимого дела (работы), и одиночество, связанное со смертью супруга и друзей, и нарушение связи с близкими из-за переезда на новое место жительства (к детям, в специальное учреждение). Известно, что мужчины сильнее чувствуют собственную беспомощность в случае смерти жены, чаще страдают от депрессии и одиночества в этом случае. Низкая выносливость пожилого человека часто приводит к накоплению и сложению психологических нагрузок, что определяет еще большее ухудшение здоровья. Впрочем, устойчивость к стрессу зависит от типа личности человека и его социальной активности. Так,

страх утраты сил и здоровья менее актуален для людей, имеющих постоянные обязанности, т. е. работающих, ухаживающих за детьми и внуками, занимающихся общественной работой.

Некоторые люди воспринимают пожилой возраст несколько иначе, чувствуя освобождение от некоторых тягостных для них обязанностей. В этом случае образ наивного и чудаковатого старика разрешает предпринять то, что давно хотелось, но сдерживалось из-за страха осуждения. Например, носить ту одежду, которая удобна, но непрестижна, возиться и играть с малышами, есть, не обращая внимания на страх располнеть, пользоваться любезностью молодых и их желанием помочь. Люди, чувствующие это преимущество, удачно им пользуются, подчеркивая свою беспомощность, а в награду за это получают радость внутренней свободы.

Безусловно, серьезной проблемой пожилого возраста становятся болезни и общее ***ухудшение здоровья***. Среди наиболее частых жалоб — уменьшение подвижности, хронические боли, снижение моторики кишечника, нарушение слуха и зрения. Особенно тяжело отражается на здоровье расстройство зрения, так как это приводит к усилению сенсорной депривации, свойственной старикам: ведь они лишаются важных источников информации, просмотра телепередач и чтения книг.

Характерной чертой старости является и повышение частоты психических расстройств. В первую очередь это различные варианты *деменции* (например, болезнь Альцгеймера), которая отмечается у 5 % людей, достигших возраста 65 лет. В дальнейшем этот процент удваивается через каждые 10 лет. Высокая частота *сосудистых заболеваний* (атеросклероз) определяет характерные изменения личности с повышением утомляемости, нарушением памяти и внимания, заострением черт личности, которые и прежде были свойственны больному, появлением сентиментальности и плаксивости. Относительно редко в пожилом возрасте возникают специфические *бредовые психозы,* проявляющиеся страхом за свое имущество, обвинениями в воровстве, бессмысленным накоплением пустых коробок и бутылок, брезгливостью и нелепой боязнью загрязнения. Серьезной проблемой в пожилом возрасте становится *депрессия,* которая у пожилых часто сопровождается выраженной тревогой, чувством неотвратимой катастрофы, возбуждением. Особенностью депрессивного поведения также считают существенное повышение риска самоубийства. Толчком к суициду могут стать потеря супруга, уход с работы, опасное заболевание, предстоящая операция, угроза беспомощности, потребность в постороннем уходе. К сожалению, пожилые люди чаще выбирают очень жесткие способы самоубийства, которые не оставляют им шанса выжить, поэтому, хотя общее

Таблица 16.1 Вероятность завершения суицида в различных возрастных группах

Возраст	Соотношение «суицидальные попытки: завершенный суицид»	
	Мужчины	Женщины
15—19	12:1	59:1
70—74	1,4:1	1,8:1

число попыток у молодых больше, завершенные суициды в преклонном возрасте наблюдаются чаще (табл. 16.1).

При всем разнообразии психических расстройств в пожилом возрасте следует признать, что наблюдаются они лишь у относительно небольшой части людей, достигших данного возраста. Поэтому их никак нельзя считать естественным свойством старости.

Страх приближающейся смерти заставляет человека предпринимать определенные усилия для *продления собственной жизни*. Большинство из советов врачей хорошо известно: это отказ от курения, физические упражнения, соблюдение баланса в питании, коррекция избыточной массы тела и артериальной гипертензии. Гораздо реже говорят о психологических факторах продления жизни, среди которых называют высшее образование, продолжение работы после достижения пенсионного возраста, творческая и научная деятельность, прочная семья. Особого внимания заслуживает исследование, проведенное в Йельском университете несколько лет назад, которое показало, что люди, оптимистически относившиеся к приближающейся старости, в среднем прожили на 7,5 лет больше, чем те, кто высказывался о ней исключительно негативно.

Формирование ***партнерских отношений*** с пожилым человеком требует определенной осторожности со стороны врача. Во-первых, пациент в этом случае, как правило, старше и опытнее, чем медицинский работник. Это заставляет врача невольно испытывать чувства, определяющиеся контрпереносом («Ну прямо как моя бабушка» или «Совсем как моя взбалмошная старуха-соседка»). Важно постараться трезво взглянуть на пациента, ведь подчеркнутая беспомощность может быть вызвана стремлением удовлетворить свою потребность в сочувствии и заботе, а истинные знания, опыт и проницательность больного в этом случае окружающие не замечают. В такой ситуации слова ласки бывают важнее, чем конкретные рекомендации, которые больной слышал многократно и прекрасно знает сам. Если больной злоупотребляет игрой в беспомощность, можно прервать это шуткой, утрируя свое отношение к нему, как к маленькому ребенку.

На *степень удовлетворенности* пожилых пациентов влияет

также их стремление сравнивать результат с тем, что он «заслужил». В этом смысле врач не может не учитывать гордость пациента за пройденный трудовой путь, пережитые годы войны, заслуги в общественной деятельности, государственные награды и пр. Игнорирование всего этого обязательно приведет к конфликту. Часто медицинские учреждения сами виновны в недостаточно продуманной организации своей работы, когда пожилые пациенты вынуждены ранним утром записываться на прием, а потом часами сидеть в очереди перед кабинетом. Ведь организация записи по телефону, сохранение резервного времени для приема пациентов с остро возникшими проблемами, продуманная система вызова больных из диспансерной группы являются формами выражения уважения к пациенту, помогают создать атмосферу сотрудничества.

Коррекция психологического состояния в преклонном возрасте должна включать как лекарственное лечение, так и психотерапию.

Задачи психокоррекции в пожилом возрасте:

- повышение самооценки, профилактика депрессии
- повышение компетентности, способности нести ответственность за свою жизнь
- поддержание в активном состоянии сохраненных функций памяти и интеллекта
- повышение выносливости по отношению к физическим страданиям
- преодоление страха физического увядания и приближающейся смерти

При выборе ***психотерапевтической техники*** следует учитывать низкую эффективность *суггестии* в пожилом возрасте (за исключением пациентов с ярко выраженными чертами демонстративности или признаками легкой деменции). Молодой врач не обладает в этом случае достаточным авторитетом, чтобы внушить что-либо человеку, который намного старше его. *Поведенческие техники* также малоэффективны в связи с трудностями формирования новых условных рефлексов, т. е. следует полностью отказаться от попыток перевоспитать пожилого человека. *Психоанализ* в пожилом возрасте меняет свою направленность. Если для молодого человека важнее проанализировать корни расстройства, происходящие из детского возраста и ранних отношений в семье, то при работе со стареющим человеком приходится обсуждать его сегодняшнюю подавленность и страхи перед будущим, т. е. мысли о нарастающей беспомощности, физическом страдании и приближающейся смерти.

Для профилактики и лечения депрессии в первую очередь рекомендуются когнитивно-эмоциональные техники, т. е. *ра-*

зубеждение путем рассуждений. Так, пессимистические высказывания типа: «Моя жизнь закончилась», «Я самый несчастный человек в мире», «Моя жизнь прошла зря» следует обсудить с пациентом, стараясь навести его на позитивные умозаключения. Вот лишь несколько примеров таких мыслей:

— в моей жизни есть и прекрасные вещи, мои дела обстоят не так плохо, как может показаться на первый взгляд;
— если взглянуть на то, каково приходится другим, то жаловаться мне не на что: у меня дела идут относительно хорошо;
— я рад тому, что растут мои дети и внуки: это помогает мне пережить трудные минуты;
— если уж пришла старость, то нужно мириться с неизбежными изменениями и свыкаться с ними.

Еще одной логической ошибкой при депрессии становится чувство потери своего Я. Так, больные настойчиво утверждают, что теперь они стали совсем другими: «Раньше я был человеком, а теперь квашня квашней». Последовательный анализ одного за другим всех основных качеств человека должен привести его к уверенности в самоидентичности: «Я прежний и сегодняшний — это одно и то же». Избавиться от излишне критичного к себе отношения часто позволяет попытка рассказать о себе самом как бы словами стороннего наблюдателя: например, больного можно попросить описать свою жизнь словами корреспондента газеты.

Довольно часто пожилые люди тяжело переживают необходимость в постороннем уходе. Переезжая к детям, они нередко становятся более зависимыми, отказываются от собственных решений («Надо спросить у дочки»). Следует всячески призывать больных к сохранению *компетентности,* подчеркивать значение их собственной точки зрения, объяснять семье, что большая самостоятельность способствует профилактике депрессии, а значит большей продолжительности жизни. Отказ от своих собственных интересов становится серьезной проблемой, когда повзрослевшие дети и внуки покидают дом и начинают самостоятельную жизнь. Это может выразиться в чувстве предательства, брошенности, стать источником суицидальных тенденций.

Для повышения самооценки следует подчеркивать особые способности и таланты, которыми обладает пожилой человек: «Мама, суп я и сама сварю, а ты лучше угости нас пирогом. Такой, как ты, никто не умеет делать». Известно, как поддерживают чувство компетентности выполнение увлекательной задачи, уверенность в собственной полезности, осуществление личностно значимых интересов.

Психологи считают, что расстройства *памяти и мышления* не являются неизбежным последствие старости. Сохранение ин-

теллектуальной активности, тренировка памяти, частое использование логического анализа позволяют долго сохранять эти способности неповрежденными. В этом смысле активно работающие преподаватели и ученые могут до глубокой старости поддерживать ясность ума и интеллектуальную работоспособность. В качестве упражнений для ума можно рассматривать проверку домашнего задания у внуков, ведение регулярной переписки с друзьями и родственниками, помощь детям в переводе научной литературы, оформлении бухгалтерских документов. Весьма полезным бывает составление краткого аналитического отчета о том, что пишут в периодической печати и пр.

При проведении тренинга и психотерапии следует учитывать повышенную утомляемость пожилых людей и снижение способности долго концентрировать внимание. Поэтому сеансы тренинга и психотерапевтические беседы должны быть короче, чем при работе с молодыми. Снижение темпа мышления у пожилых предполагает, что объяснение следует вести медленнее, делая большие паузы между отдельными мыслями, а на решение предлагаемых заданий нужно отводить больше времени, чем обычно.

Высокая социальная активность, избавление от депрессии помогают пожилым легче переносить физические страдания, вызванные общим ухудшением здоровья. Человек, увлеченный работой, может не замечать боли или даже не чувствовать ее. Подавленность, одиночество, отсутствие перспективы заставляют концентрировать все внимание на внутренних ощущениях. Среди психологических методик преодоления боли называют когнитивно-поведенческую технику, заключающуюся в том, что больному предлагают записывать в дневник отчет о выраженности и характере хронической боли, следить и пытаться проанализировать, от чего зависит ее интенсивность. Такой анализ помогает активизировать логические процессы и подавить эмоции, усиливающие боль.

Страх приближающейся смерти обычно бывает связан с потерей жизненных ценностей (работы, уход за супругом, детьми и внуками). Возникает ощущение бессмысленности жизни. В этом случае психотерапевтическая коррекция направлена на повышение чувства самореализации. Обсуждается экзистенциальная позиция, заключающаяся в том, что человек всегда боится признать тот факт, что сама по себе жизнь не имеет никакого смысла, кроме созданного самой личностью. Обретение смысла жизни происходит из ощущения самости, собственной уникальности и самоценности. Для активизации этого чувства следует подчеркивать те духовные переживания, которые принадлежат только самому человеку. Можно попросить больного обдумать и провести критику таких утверждений, как «Я и моя карьера — это одно и то же», «Я и мои дети — это одно и то же».

Для коррекции психического состояния можно также использовать ***психотропные средства***. При этом следует учитывать замедление выведения лекарств из организма и повышенный риск побочных эффектов. Особенно плохо пожилые пациенты переносят *транквилизаторы:* они часто вызывают мышечную слабость, нарушения координации движений, ухудшают запоминание. В случае необходимости предпочтение отдается препаратам с коротким периодом действия, не образующим активных метаболитов (оксазепам, лоразепам, зопиклон, золпидем). Обычно назначается доза, составляющая половину типичной. Несколько лучше пожилые пациенты переносят небольшие дозы *нейролептиков*. Однако, чтобы не нарушить процессы запоминания и не спровоцировать делирий, следует выбирать препараты с минимальным холинолитическим эффектом: галоперидол, эглонил, трифтазин, этаперазин. Большие дозы нейролептиков при длительном приеме (более 6 мес) могут стать причиной поздней дискинезии, т. е. гиперкинезов, преимущественно в области лица.

Одними из наиболее часто назначаемых средств бывают *антидепрессанты*. При этом типичные трициклические средства назначать не следует из-за выраженного холинолитического эффекта (тахикардия, запор, задержка мочеиспускания, повышение вязкости мокроты, провоцирование глаукомы, расстройств памяти и делирия). Гораздо лучше переносятся серотонинергические средства, причем предпочтение отдается веществам с противотревожным эффектом (паксил, феварин, коаксил, леривон, ремерон и пр.).

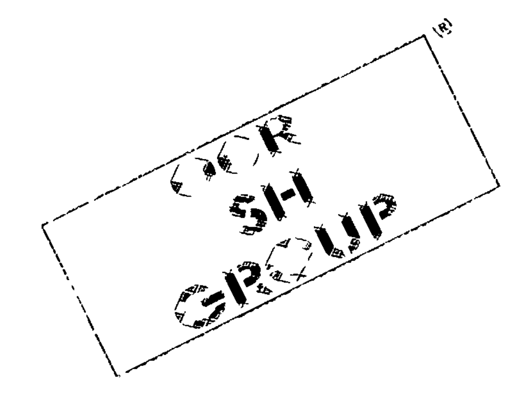
Типичные ноотропы (пирацетам, энцефабол) в пожилом возрасте применяются довольно широко, однако их эффективность существенно ниже, чем у детей. Гораздо более эффективны средства, улучшающие кровоснабжение (винпоцетин, сермион, инстенон), антиагреганты. На начальных стадиях дегенеративных процессов (болезнь Альцгеймера) применяются специальные средства, повышающие активность ацетилхолиновых медиаторных систем: экселон, арисепт, амиридин, глиатилин, церебролизин.

При назначении лекарств всегда следует учитывать их возможные неблагоприятные сочетания. Это особенно важно в пожилом возрасте, когда практически все пациенты одновременно получают несколько средств для лечения соматических заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Байярд Р. Т., Байярд Д. Ваш беспокойный подросток. Практическое руководство для отчаявшихся родителей: Пер. с англ.— М.: Семья и школа, 1995.

Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии: Пер. с англ.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей.— СПб.: Питер, 2000.
Краснова О. В., Лидерс А. Г. Социальная психология старения: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений.— М.: Издательский центр «Академия», 2002.
Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1977.
Психологическая помощь и консультирование в практической психологии / Под ред. д-ра психол. наук, проф., акад. БПА М. К. Тутушкиной, 3-е изд.— СПб.: Дидактика Плюс, 2001.
Раттер М. Помощь трудным детям — М.: ЭКСМО-Пресс, 1999.
Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия: Пер. с нем.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2001.
Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения: Пер. с англ.— СПб.: Питер, 2002.
Шахматов Н. Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное.— М.: Медицина, 1996.



ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Тест-опросник Г. Шмишека

Инструкция: «Вам предлагается прочесть 88 утверждений, касающихся различных сторон Вашей личности. На бланке рядом с номером утверждения поставьте знак «+» (да), если Вы согласны с ним, или «—» (нет), если не согласны. Отвечайте быстро, долго не задумывайтесь».

Текст опросника (взрослый вариант)

1. У Вас чаще веселое и беззаботное настроение.
2. Вы чувствительны к обиде.
3. Случается, что у Вас на глаза навертываются слезы в кино, театре, в беседе и т. п.
4. Вы часто сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь до тех пор, пока не убедитесь в этом еще раз.
5. В детстве Вы были таким же смелым, как все ваши сверстники.
6. Нередко бывает, что Ваше настроение резко меняется от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни и к себе.
7. В обществе, компании Вы, как правило, являетесь центром внимания.
8. Случается, что Вы без всякой причины чувствуете такую раздражительность, что с вами лучше не разговаривать.
9. Вы серьезный человек.
10. Вы способны испытывать сильный восторг, восхищение, воодушевление.
11. Вы считаете себя предприимчивым человеком.
12. Вы быстро забываете, если Вас кто-либо обидит.
13. Вы мягкосердечны.
14. Опуская письмо в почтовый ящик, Вы обычно хотите убедиться, что письмо полностью упало в него.
15. На работе Вам хотелось бы быть в числе лучших и наиболее добросовестных работников.
16. В детстве Вам было страшно во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (да и теперь, в зрелом возрасте, такое случается).
17. Вас немного раздражает отсутствие требовательности в людях.
18. Ваше настроение сильно зависит от обстоятельств и жизненных событий.
19. Вы чувствуете, что Вас любят приятели и знакомые, Вам легко быть с ними откровенными.
20. У Вас часто бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятностей.

21. У Вас часто несколько подавленное настроение.
22. С Вами случалась истерика или нервный срыв (хотя бы один раз).
23. Вам трудно долго усидеть на одном месте.
24. Если по отношению к Вам несправедливо поступили, Вы активно отстаиваете свои интересы.
25. Вы могли бы зарезать курицу или овцу.
26. Вас раздражает, если занавес или скатерть висят неровно, и Вы сразу же стараетесь поправить их.
27. В детстве Вы боялись оставаться одни в доме.
28. У Вас часто бывают беспричинные колебания настроения.
29. Вы стремитесь достичь мастерства в своей профессии.
30. Вы быстро начинаете сердиться и даже впадаете в гнев.
31. Вам случается быть бесшабашно веселым и абсолютно беззаботным.
32. Бывает так, что ощущение полного счастья буквально пронизывает Вас.
33. Возможно, из Вас получился бы неплохой ведущий в юмористическом спектакле.
34. Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо и недвусмысленно.
35. Вид крови вызывает у Вас массу неприятных ощущений, Вам трудно это переносить.
36. Вам понравилась бы работа, связанная с большой ответственностью.
37. Вы обычно вступаетесь за человека, по отношению к которому поступают несправедливо.
38. Вам трудно и страшно спускаться в темный подвал.
39. Вам понравилась бы работа, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки.
40. Вы общительны.
41. В школе Вы охотно декламировали стихи.
42. В детстве Вы убегали из дому.
43. Вы считаете, что жизнь трудна.
44. Случалось, что после конфликта, обиды Вы были до того расстроены, что идти на работу казалось просто невыносимым.
45. При неудаче Вы обычно не теряете чувства юмора.
46. Вы можете первым предпринять шаги к примирению, даже если Вас кто-либо обидел.
47. Вы очень любите животных.
48. Бывает, что Вы возвращаетесь, чтобы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, чтобы там ничего не случилось.
49. Иногда Вас преследует неясная мысль, что с Вами и Вашими близкими может случиться что-то страшное.
50. Ваше настроение очень изменчиво.
51. Вам трудно выступать с докладом (или на сцене) перед большим количеством людей.
52. Вы можете ударить обидчика, если он Вас оскорбит.
53. Вы очень нуждаетесь в общении с другими людьми.
54. Разочарование приводит Вас в глубокое отчаяние.
55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности.

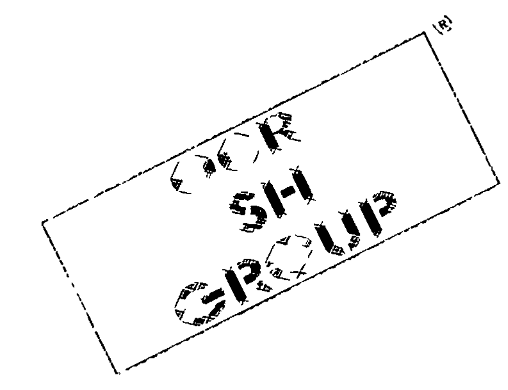
56. Вы настойчиво добиваетесь намеченной цели, даже если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий.
57. Трагический фильм может взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы.
58. Нередко Вам трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого или будущего дня все время крутятся в ваших мыслях.
59. В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать.
60. Вам потребовалось бы большое напряжение воли, чтобы пройти одному через кладбище.
61. Вы тщательно следите за тем, чтобы каждая вещь в вашей квартире лежала на одном и том же месте.
62. Бывает, что, ложась спать в хорошем настроении, Вы на следующий день встаете в подавленном настроении, и это длится несколько часов.
63. Вы легко привыкаете к новым ситуациям.
64. Вы предрасположены к головным болям.
65. Вы часто смеетесь.
66. Вы можете быть приветливым даже с тем, кого Вы явно не цените, не любите, не уважаете.
67. Вы подвижный, бойкий человек.
68. Вы очень переживаете из-за несправедливости.
69. Вы настолько любите природу, что видите в ней друга.
70. Уходя из дому или ложась спать, Вы проверяете, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери.
71. Вы очень боязливы.
72. Ваше настроение часто меняется после приема алкоголя.
73. Вы охотно участвовали бы в кружке художественной самодеятельности.
74. Вас часто тянет путешествовать.
75. Вы оцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости.
76. Порой Ваше настроение меняется так резко, что радость вдруг сменяется глубокой тоской.
77. Вам легко удается поднять настроение друзей в компании.
78. Вы долго переживаете обиду.
79. Вас очень трогают и надолго выбивают из колеи горести других людей.
80. В школе Вам случалось переписывать заново страницу в вашей тетради, если случайно оставили в ней кляксу.
81. К людям Вы относитесь скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью.
82. Вы часто видите страшные сны.
83. Порой Вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда или, стоя у окна многоэтажного дома, боитесь, что можете внезапно выпасть наружу.
84. В веселой компании Вы обычно чувствуете себя тоже весело.
85. Вы способны отвлечься от обременительных вопросов и не думать о них.
86. Приняв алкоголь, Вы становитесь несдержанным.
87. Обычно вы молчаливы и немногословны.
88. Если бы Вам нужно было играть на сцене, Вы смогли бы войти в роль так, чтобы забыть о том, что это только игра.

Ключ:

При совпадении ответа на вопрос с ключом ответу присваивается один балл. Общая сумма умножается на индекс, указанный для каждой шкалы.

1. Демонстративность/демонстративный тип (Σ · 2):
   «+»: 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88;
   «–»: 51.
2. Застревание/застревающий тип (Σ · 2):
   «+»: 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81;
   «–»: 12, 46, 59.
3. Педантичность/педантичный тип (Σ · 2):
   «+»: 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83;
   «–»: 36.
4. Возбудимость/возбудимый тип (Σ · 3):
   «+»: 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86.
5. Гипертимность/гипертимный тип (Σ · 3):
   «+»: 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77.
6. Дистимность/дистимический тип (Σ · 3):
   «+»: 9, 21, 43, 75, 87;
   «–»: 31, 53, 65.
7. Тревожность/тревожно-боязливый тип (Σ · 3):
   «+»: 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82;
   «–»: 5.
8. Экзальтированность/аффективно-экзальтированный тип (Σ · 6):
   «+»: 10, 32, 54, 76.
9. Эмотивность/эмотивный тип (Σ · 3):
   «+»: 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79;
   «–»: 25.
10. Циклотимность/циклотимный тип (Σ · 3):
    «+»: 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84.

Максимальная сумма баллов после умножения — 24. В диапазоне от 12 до 19 баллов располагаются ответы людей со слабой или сильной тенденцией к акцентуации, оценки более 19 баллов говорят о явной выраженной акцентуации.



Приложение 2. Сквозной биполярный перечень для оценки по шкалам «Большой пятерки» [Голдберг Л. Р., 1992; сокращенный вариант]

Постарайтесь как можно точнее описать себя. Опишите себя таким, каким видите в настоящее время, а не таким, каким хотели бы видеть в будущем. Опишите себя, каким Вы бываете в целом, в типичных ситуациях, в сравнении с другими знакомыми людьми того же пола и примерно того же возраста. На каждой из приведенных ниже шкал обведите кружком цифру, которая лучше всего описывает Вас по данному качеству.

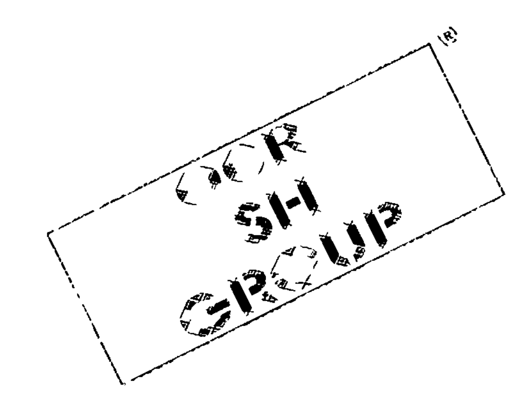
	Очень		Умеренно		Ни то, ни другое		Умеренно		Очень	
					Интроверсия—экстраверсия					
Молчаливый	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Разговорчивый
Ненапористый	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Напористый
Не любящий приключений	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Любящий приключения
Неэнергичный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Энергичный
Робкий	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Дерзкий
					Антагонизм—доброжелательность					
Недобрый	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Добрый
Не склонный к сотрудничеству	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Склонный к сотрудничеству
Эгоистичный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Неэгоистичный
Недоверчивый	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Доверчивый
Жадный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Щедрый
					Несобранность—сознательность					
Неорганизованный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Организованный
Безответственный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ответственный
Непрактичный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Практичный
Небрежный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Тщательный
Ленивый	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Усердный
					Эмоциональная стабильность—невротизм					
Расслабленный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Напряженный
Принимающий все легко	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Нервозный
Стабильный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Нестабильный
Довольный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Недовольный
Неэмоциональный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Эмоциональный
					Закрытость—открытость новому опыту					
Не склонный к воображению	1	2	3	4	5	6	7	8	9	С богатым воображением
Нетворческий	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Творческий
Нелюбопытный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Любопытный
Не склонный к размышлению (нерефлексивный)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Склонный к размышлению (рефлексивный)
Неискушенный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Искушенный
	Очень		Умеренно		Ни то, ни другое		Умеренно		Очень	

Приложение 3. Шкалы для оценки развития детей

Возраст	Шкала умственного развития Бине—Симона (вариант 1911 г.)	Оценка развития детей по Д. Н. Исаеву (1982 г., с сокращениями)
2 года	—	Ударяет ногой мяч Ходит по лестнице, наступая двумя ногами на каждую ступеньку Сочетает 3 слова в предложении Употребляет «ты», «мне» Строит башню из 6 кубиков Копирует горизонтальную линию
2,5 года	—	Прыгает на обеих ногах Ходит по просьбе на цыпочках Называет себя «я» Строит башню из 8 кубиков Копирует горизонтальные и вертикальные линии Просится на горшок
3 года	1. Показать свои глаза, нос, рот 2. Повторить предложение длиной до шести слогов 3. Повторить по памяти два числа 4. Назвать нарисованные предметы 5. Назвать свою фамилию	Поднимается по лестнице, наступая на ступеньку одной ногой Стоит несколько секунд на одной ноге Застегивает пуговицы Самостоятельно ест Копирует крест и круг Строит мост из 3 кубиков Часто спрашивает «Почему?»
4 года	1. Назвать свой пол 2. Назвать несколько показываемых предметов 3. Повторить ряд из трех однозначных чисел 4. Сравнить длину показанных линий (3 задачи)	Прыгает на одной ноге Бросает рукой мяч Вырезает картинку ножницами Считает 4 монеты Один ходит в туалет Строит ворота из 5 кубиков Рисует человека с 2—4 частями (кроме головы)
5 лет	1. Сравнение (попарно) тяжести (3—12 г, 15—6 г, 3—12 г) 2. Срисовать квадрат 3. Повторить слово из трех слогов 4. Решить головоломку 5. Сосчитать 4 предмета	Одевается и раздевается Считает 10 монет Копирует квадрат и треугольник Называет 4 цвета Может определить более тяжелую из 2 вещей Повторяет предложение из 10 слов

Возраст	Шкала умственного развития Бине—Симона (вариант 1911 г.)	Оценка развития детей по Д. Н. Исаеву (1982 г., с сокращениями)
6 лет	1. Определить время дня 2. Назвать назначение нескольких предметов обихода 3. Срисовать ромб 4. Сосчитать тринадцать предметов 5. Сравнить с эстетической точки зрения два лица (3 задания)	—
7 лет	1. Различить правую и левую стороны 2. Описать картинку 3. Выполнить несколько поручений 4. Назвать общую стоимость нескольких монет 5. Назвать четыре основных показанных цвета	—
8 лет	1. Сравнение двух объектов по памяти. Установление сходства между ними 2. Обратный счет от 20 до 1 3. Обнаружение пропусков в изображениях людей (четыре задачи) 4. Назвать день, число, месяц, год 5. Повторить ряд из пяти однозначных чисел	—
9 лет	1. Назвать все месяцы 2. Назвать стоимость всех монет 3. Составить из предложенных трех слов две фразы 4. Ответить на три легких вопроса 5. Ответить на пять более трудных вопросов	—

Воз-раст	Шкала умственного развития Бине—Симона (вариант 1911 г.)	Оценка развития детей по Д. Н. Исаеву (1982 г., с сокращениями)
10 лет	1. Ранжирование предметов 2. Воспроизведение фигур 3. Поиск несоответствий в рассказах 4. Ответы на трудные отвлеченные вопросы 5. Составление предложения из трех слов с одним из предложенных в задании	—
11 лет	1. Противостояние внушению при сравнении линий разной длины 2. Составление предложения из трех слов 3. В течение трех минут произнести 60 слов 4. Определение отвлеченных понятий 5. Восстановить порядок слов (3 задания)	—
12 лет	1. Повторение однозначных чисел 2. Поиск трех рифм к слову «Стакан» 3. Повторение предложений длиной 26 слогов 4. Объяснение смысла картины 5. Завершение рассказа	—



Приложение 4. Этапы осознания приближающейся смерти у пациентов с различными типами личности и рекомендации по психокоррекции [Гнездилов А. В., 2002]

Группа шизоидов

Стадия	Проявления	Рекомендации
Шоковая	Внутренний взрыв. Собственная гибель равнозначна гибели мира, но переживание носит скорее интеллектуальный характер. Короткий период. Остановка времени	Дать больному возможность выразить информацию так, как он ее понимает. Дать надежду на интеллектуальном уровне, подчеркнув мысль о значимости психологической установки, которая зависит от самого больного
Отрицания	Длительный период, нередко до самого конца. Либо концентрирует все силы, борясь за жизнь и создавая свою систему лечения, либо забывает о диагнозе, продолжая жить, как если бы ничего не случилось, либо стремится к уединению	Не мешать больному в построении его собственной версии болезни, но и не включаться в нее. Не торопиться с помощью, если не убедились, что пациент в ней нуждается
Агрессии	Выражена недолго. Агрессия скорее умозрительная, если не создается паранойяльная идея «околдования», «порчи». Возможность суицида с «отмщением раку». Ощущение магического воздействия окружающих, а также утекающего времени, сократившегося пространства	В случаях возникновения паранойяльных реакций, идей отношения, околдования, порчи следует вступать в диалог и пытаться разубедить больного
Депрессии	Депрессия больше интеллектуальная, нежели эмоциональная. Скорее апатический характер депрессии, стремление к одиночеству. Чувство вины оформляется идеями мирового зла. Наличие иллюзорных переживаний, вещих сновидений и предчувствий. Чувство времени замедлено, пространство не сужается	Поддержка больного, хотя и нет необходимости разделять его переживания. Пациенту необходим собеседник. Следует дать высокую оценку его личности и внутреннему миру

Стадия	Проявления	Рекомендации
Принятия	Часто сопровождается религиозными представлениями, верой в бессмертие. Характерны ожидание смерти, замедление времени, пребывание в своем пространстве	Принять версию больного, уметь его выслушать, оказать эмоциональную поддержку

Группа циклоидов

Стадия	Проявления	Рекомендации
Шоковая	Эмоциональный удар. Бурное переживание катастрофы. Быстрый, сильный всплеск. Ощущение ускорившегося времени и сужения пространства	Целесообразна дача информации в присутствии близкого пациенту человека. Дать выплеснуться, затем занять пациента отвлекающим делом. Предложить выехать на природу
Отрицания	Больные чаще реалисты, чувствуют, что знают правду, их отрицание болезни скорее игра для близких, которые навязали ее пациенту. Сужение пространства, ускорение времени	Постараться скорее изгнать недоговоренность и умолчание из взаимоотношений. Больной нуждается в правде. Информацию давать не сразу, а частями
Агрессии	Недовольство, основанное на реальных фактах. Претензии обоснованные. Агрессия непродолжительна	Дать больному выплеснуть чувство, если оно справедливо
Депрессии	Выраженная склонность к тоске, к смене настроения. Чувство остановившегося времени	Больной нуждается в сочувствии, но не в убеждении
Принятия	Живет настоящим, время исчезает, возникает экзистенциальное состояние	Обогатить окружающий мир больного (музыка, природа, близкие) с целью поддержания в нем положительных эмоций. Организовать пространство больного. Среди всего прочего наиболее значимо для пациента общение

Группа эпилептоидов

Стадия	Проявления	Рекомендации
Шоковая	Реакция часто бывает отставленной. Возможен взрывной аффект. Страх может мгновенно переходить в агрессию	Необходимо присутствие близких или медперсонала. Предоставлять информацию по частям, сохраняя возможность отступления. Дать время на «созревание» для правды
Отрицания	Больной пытается отрицать заболевание и убедить собеседника согласиться с ним. Стремление подчинить своей воле и представлениям. Отрицая, подозревает правду	Выслушивать больного, но путем контрвопросов уходить от ответа на его провокационные вопросы. Никогда не поддерживать больного во лжи самому себе, тем более что в стадии агрессии больной за это может отомстить
Агрессии	Негодование больного. Сильная аффективная реакция	Дать выплеснуть чувства, сохраняя контроль за поведением, так как больной готов к безудержности. Не противоречить и не разубеждать. Отвлечь пациента какой-либо деятельностью, хотя бы предложить ему написать свои жалобы на бумаге. Дать возможность физического отреагирования, поручить какую-нибудь нагрузку
Депрессии	Тревожная депрессия. Время ускоряется, и больной мучительно пытается его замедлить. Возможность суицида. Пространство сужается	Нужны поддержка, отвлечение: просмотр программ телевидения, радио, музыка
Принятия	Нуждается в собеседнике	Больше доверяет себе, если заставит поверить в свою «правду» другого

Продолжение

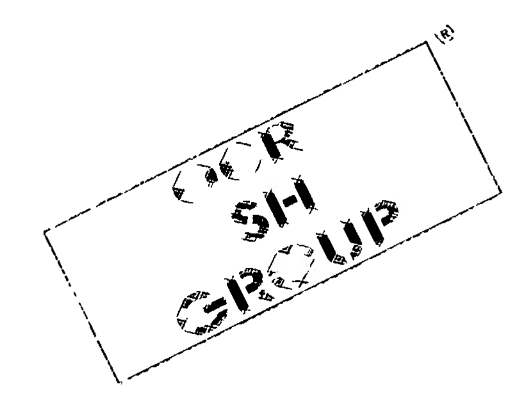
Группа психастеников

Стадия	Проявления	Рекомендации
Шоковая	Ужас при получении негативной информации. Время ускоряется, пространство сужается	Необходимо давать информацию не прямо, а косвенно и частями. Важно присутствие близкого человека, чтобы смягчить переживания. Дав информацию, не уходить от больного, а побыть с ним столько, сколько ему нужно
Отрицания	Поиск позитивных референтов. Растерянность, неуверенность. Пространство расширено, время ускорено	Слушать пациента, не выражая каких-либо знаков согласия или отрицания. Необходимы эмоциональная поддержка и волевое внушение. Дать отвлекающие задания
Агрессии	Выражена слабо, чаще обращена на себя	Не давать выплескиваться, так как, упрекая себя, пациент часто теряет душевные силы
Депрессии	Нередко тревога и деперсонализация. Больной живет тревожными фантазиями насчет будущего	Переориентировать на настоящее
Принятия	Непостоянство успокоения. Время ускорено	Поддержать в этот период. Обязательно быть рядом. Одиночество непереносимо. Самый страшный враг для пациента — он сам и его фантазии

Группа истероидов

Стадия	Проявления	Рекомендации
Шоковая	Демонстративный выплеск эмоций. Время то ускоряется, то замедляется, пространство также непостоянно	Дать больному выплеснуть чувства, не бояться оставить одного — быстрее успокоится
Отрицания	Эйфория. Пространство сужается. Меняет места проживания. Торопится насытить время и себя новыми эмоциями	Не мешать больному, но изредка напоминать ему о реальности

Стадия	Проявления	Рекомендации
Агрессии	Демонстративные угрозы, проклятия	Не вовлекаться в игру больного, в которую он и сам верит лишь отчасти. Возможно, оставить одного
Депрессии	Говорят о смерти. Репетиция смерти. Преувеличенные страдания	Сочувствие. Дать выплеснуть чувства, погладить, успокоить больного
Принятия	Демонстрация гармоничного примирения	Поддержка. Требуются зрители (и чем больше, тем лучше)



Учебник

Юрий Геннадьевич Тюльпин

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Зав. редакцией *Т. П. Осокина*
Научный редактор *Д. Д. Орловская*
Художественный редактор *С. М. Лымина*
Технический редактор *Н. А. Биркина*
Корректор *А. Ф. Матвейчук*

Сдано в набор 03.02.2004. Подписано к печати 18.03.2004. Формат бумаги 60 × 90 $^1/_{16}$. Бумага офсетная № 1. Гарнитура таймс. Печать офсетная. Усл. печ. л. 20,0. Усл. кр-отт. 20,0. Уч.-изд. л. 20,68. Тираж 5000 экз. Заказ № 0403900.

ОАО «Издательство «Медицина».
101990, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленного оригинал-макета
в ОАО «Ярославский полиграфкомбинат».
150049, Ярославль, ул. Свободы, 97.



ISBN 5-225-04308-9



